

215 00 แบบแผนสุขภาพ : การพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล = 16

Functional Health Pattern : developing nursing diagnosis and nursing intervention



๗๐๐ ๐๖ ๕๐ วันฉนี	ฟองแก้ว
๗๐๐ ๐๖ ๕๐ แสงอรุณ	สุขเกษม ๗๐๐๖๕๐
๗๐๐ ๐๖ ๕๐ อุดลววรรณ	ต้นสกุล ๗๐
๗๐๐ ๐๖ ๕๐ รุ่งฤดี	หมาคยูไซะ ๗๐

๗๐ ๕๖
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ 2540
การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทนักวิจัยใหม่จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ ประจำปี 2536

Order Key	16A2A
BIB Key	166991

๗๐๐

เลขที่	RT49 483 2540
เลขทะเบียน	๗ 1
	- 8 11.8. 2541

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อมุ่งสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดโดยการสร้างเกณฑ์ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเลือดชนิดต่าง ๆ ทุกวัยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2537 - มกราคม 2538 จำนวน 48 ราย การดำเนินการวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งประกอบด้วยวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 วงจร เพื่อทดลองปฏิบัติจนได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ ตัดความตามทฤษฎี และสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นชนิดคำถามปลายเปิดที่มีวงเล็บบอกรายละเอียดขอบเขตการซักประวัติเฉพาะผู้ป่วยโรคเลือดต่อท้ายแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเมื่อจำแนกและบรรจุลงในแบบแผนสุขภาพพบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหารมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.24 รองลงมาคือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตนินทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 73.17, 40.78, 9.76, 4.88, 2.44 และ 2.44 ตามลำดับ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบสรุปได้ดังนี้ 1. (เสียง) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก (ระบุ) 2. (เสียง) ดิ้นเขือในร่งกษ (ระบุระบบต่าง ๆ) เนื่องจาก (ระบุ) 3. เสียคลุ้ยน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ระบุชนิด) เนื่องจาก (ระบุ) 4. อ่อนเพลีย/ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก (ระบุ) 5. (เสียง) เลือดออกง่าย (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก (ระบุ) 6. (เสียง) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ) 7. ไม่สุขสบาย: ปวด/คัน/ระบุอาการ (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก (ระบุ) 8. (เสียง) ระดับกวมรู้สึกตัวลดลงเนื่องจาก (ระบุ) 9. วิตกกังวลเนื่องจาก (ระบุ) 10. ท้องผูกเนื่องจาก (ระบุ) 11. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ) 12. สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจาก (ระบุ)

Abstract

The purpose of this action research was to create nursing diagnosis and to develop nursing intervention by creating criteria for nursing diagnosis, aim, criteria for evaluating, and nursing intervention in hematological patients based on the Functional Health Pattern. The population studied were 48 from male medical ward 1, Songklanagarin hospital in January 1994 to January 1995. This action research was composed of 4 cycles in order to test and retest assessment form, nursing diagnosis, and nursing care plan until they were accepted to use in practice. The data were analyzed by technique of coding, developing categories and constant comparatives.

The results of this study indicated that the hematological patients' assessment form based on Functional Health Pattern which was suitable for nursing practice in male medical ward 1, Songklanagarin hospital was the open-end question assessment form containing brief information on each patterns. When identifying nursing diagnosis and nursing care plan based on Functional Health Pattern, it was found that most of the nursing diagnoses formulated within the nutritional-metabolic pattern was 90.24 %. Next nursing diagnosis formulated within activity-exercise pattern, cognitive-perceptual pattern, cognitive - stress tolerance pattern, elimination pattern, sleep - rest pattern, and self - perception/self - concept pattern, 73.17%, 40.78%, 9.76%, 4.88%, 2.44%, and 2.44%, respectively. The nursing diagnoses were found as follows : 1. Alteration in nutrition : Less than body requirements related to (specify); 2. Potential for infection related to (specify system) ; 3. Fluid and electrolytes imbalances (specify type) ; 4. Activity intolerance related to (specify) ; 5. Potential to bleeding related to (specify location) ; 6. Alteration in tissue perfusion related to (specify) ; 7. Altered comfort : pain/itching/specify symptom (Specify location) related to (specify) 8. Sensory - perceptual alterations related to (specify) ; 9. Anxiety related to (specify) ; 10. Constipation related to (specify) ; 11. Sleep pattern disturbance related to (specify) ; 12. Body image disturbance (specify).

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	
Abstract	
สารบัญ	ก
รายการตาราง	ข
รายการภาพประกอบ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	16
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	55
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	71
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก. แบบฟอร์มการใช้กระบวนการพยาบาลฉบับที่ 2	79
ภาคผนวก ข. แบบประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1	84
ภาคผนวก ค. แบบประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1	88
ภาคผนวก ง. แบบประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1	92

รายการตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 3 แบบแผนตามวงจรการปฏิบัติการวงจรที่ 2	26
2. ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 6 แบบแผน ตามวงจรการปฏิบัติการวงจรที่ 3	36
3. ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 6 แบบแผนตามวงจรการวิจัยวงจรที่ 4	48
4. ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 7 แบบแผนตามวงจรการวิจัยวงจรที่ 2,3 และ 4 รวมกัน	56

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบที่		หน้า
1. แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 1	1	22
2. แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 2	2	27
3. แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 3	3	35
4. แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 4	4	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาลให้มีคุณภาพดีนั้น จำเป็นต้องมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประกันคุณภาพของวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้เพราะนอกจากจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้เป้าหมายของการปฏิบัติชัดเจนขึ้นอีก ทั้งยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการนิเทศและประเมินผลการพยาบาลด้วย (ฟาริดา, 2537)

การนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและทำให้พยาบาลเข้าใจในบทบาทอิสระมากขึ้น (Feild, 1979) นอกจากนี้ยังสามารถช่วยสร้าง พัฒนา หรือขยายศาสตร์ของการพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพราะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของการประเมินสภาพผู้ป่วยในการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินปัญหา (assessment and diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ทำให้พยาบาลรู้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยได้ชัดเจนและด้วยวิธีทางที่แม่นยำที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาล (Carpenito, 1987) โดยอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการและรูปแบบการบริการ

กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการและรูปแบบบริการพยาบาลในปัจจุบันมีมากมาย แบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) เป็นกรอบแนวคิดหนึ่งที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพราะเป็นกรอบแนวคิดที่พยาบาลสามารถเข้าใจได้ง่ายและสามารถช่วยให้พยาบาลมีระบบความคิด และแนวทางปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน อย่างไรก็ตามแม้ว่าแบบแผนสุขภาพจะได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลอย่างแพร่หลาย แต่ส่วนใหญ่ใช้เพียงเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินปัญหาของผู้รับบริการเท่านั้น (Burns, 1992) แต่ยังคงขาดการนำไปเป็นเครื่องกำหนดแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล สิ่งนี้จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ายังไม่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งสร้างหรือพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมากนัก

การพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลที่สมบูรณ์มีด้วยกันหลายวิธี วิธีหนึ่งที่จะสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดก็คือ การสร้างหรือพัฒนาขึ้นจากการปฏิบัติจริงพร้อม ๆ กับการศึกษาด้วยกระบวนการที่มีระบบระเบียบตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (สมจิต, 2536)

ด้วยเหตุนี้เองคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลขึ้นจากการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยจะทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยนี้มากที่สุดกลุ่มหนึ่ง และด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยดังกล่าว ได้มีส่วนร่วมกับคณะผู้วิจัยในการนำแบบแผนสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลพร้อมๆ กับร่วมกันพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาลและพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคดังกล่าวขึ้น คณะผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดที่ได้จากการพัฒนาในงานวิจัยนี้ นอกจากจะสามารถประกันคุณภาพการพยาบาลแล้ว ยังจะมีส่วนช่วยในการทดสอบว่าแบบแผนสุขภาพสามารถใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดได้ดีหรือไม่เพียงใด อันจะมีส่วนในการพัฒนาศาสตร์การพยาบาลให้ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยการสร้างเกณฑ์ในการกำหนดข้อ

วินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาล

นิยามศัพท์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) ในปี ค.ศ. 1990 สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือหรือ NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลว่าเป็นการพิจารณาตัดสินทางคลินิกเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพหรือกระบวนการของชีวิตที่เกิดขึ้นแล้วหรืออาจจะเกิดขึ้นก็ได้ การวินิจฉัยการพยาบาลจะช่วยให้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์อาจเป็นการคงไว้ การส่งเสริม และการป้องกันหรือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) หมายถึง เทคนิคหรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งพยาบาลกระทำเพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่บ่งบอกในจุดมุ่งหมายการพยาบาล ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางแก่พยาบาลและนักศึกษา ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามปัญหาของผู้ป่วยโรคเลือด

2. เป็นแนวทางแก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการประเมินสภาพปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพที่นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคเลือด

3. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาวรรณกรรมและผลงานวิจัยในขอบเขตดังนี้

1. แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดกว้าง ๆ ที่กอร์ดอน (Gordon, 1982) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งจะมีผลต่อผู้รับบริการ อาจเป็นพฤติกรรมภายนอกที่มองเห็นชัดเจนหรือพฤติกรรมภายในที่ต้องใช้วัดหรือตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกันเพื่อป้องกันการใช้รูปแบบหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลายและทำให้เกิดผลเสียในทางปฏิบัติ โดยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการประเมินสภาพและการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพการพยาบาลและการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับ

ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน

จากแนวคิดและองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพ สามารถจะกำหนดขอบเขต โดยพัฒนาและขยายขอบเขตจากแนวคิดพื้นฐานของกอร์ดอน (Gordon, 1987 อ้างในศิริพร, 2533) ได้ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception - health management pattern)

หมายถึง ความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ต้องรับผิดชอบ โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยและอุปสรรคต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional - metabolic pattern)

หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำของบุคคลหรือบริโภคนิสัยกระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย การ

เจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปังจี้ยส่งเสริม ปังจี้ยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทาน การเผาผลาญและการใช้สารอาหารและน้ำ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร อาจแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

2.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

2.2 น้ำและอิเล็กโตรไลต์

2.3 การเจริญเติบโต

2.4 ระบบภูมิคุ้มกัน

3. การขับถ่าย (Elimination pattern)

หมายถึง แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งการขับถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโตรไลต์ ปังจี้ยส่งเสริมปังจี้ยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนและกระบวนการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตแบบแผนการขับถ่าย อาจแบ่งเป็นแบบแผนย่อย ได้ดังนี้

3.1 การขับถ่ายอุจจาระ

3.2 การขับถ่ายปัสสาวะ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity - exercise pattern)

หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลารว่างและนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกายได้แก่ การพัฒนาการและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน ปังจี้ยส่งเสริม ปังจี้ยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย อาจจัดได้เป็นแบบแผนย่อยได้ดังนี้

4.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย

4.2 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ

4.3 การพัฒนาการและการทำงานของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ

4.4 ระบบหายใจ

4.5 ระบบหัวใจและไหลเวียน

5. การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep - rest pattern)

หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลาย (relax) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการนอน การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนการพักผ่อน นอนหลับ สามารถแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

5.1 การนอนหลับ

5.2 การผ่อนคลาย

6. สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive - perceptual pattern)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ สามารถแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

6.1 การรับรู้ความรู้สึทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง

6.2 ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้

6.3 การพัฒนาการทางสติปัญญา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self - perception - self - concept pattern)

หมายถึง ความคิดความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเอง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ อาจแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

- 7.1 ภาพลักษณ์
- 7.2 อัตมโนทัศน์
- 7.3 ความภูมิใจในตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ (Role - relationship pattern)

หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคม ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท การสร้างสัมพันธภาพและการคงสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทและสัมพันธภาพอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ อาจแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

- 8.1 สัมพันธภาพและการสื่อสาร
- 8.2 บทบาท
- 8.3 การพัฒนาการด้านสังคม

9. เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality - reproductive pattern)

หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ อาจแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

- 9.1 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์
- 9.2 เพศสัมพันธ์

➤ 10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping - stress tolerance pattern)

หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียดทั้งในระดับที่รู้ตัวและที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงของความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

11. คุณค่าและความเชื่อ (Value - belief pattern)

หมายถึง ภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จากขอบเขตของแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ อาจแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

11.1 คุณค่าและสิ่งยึดเหนี่ยวของบุคคล

11.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการประเมินสภาพของผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ รวมทั้งระบุสาเหตุของความผิดปกติ นั้น ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนสุขภาพ

การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยครั้งแรกเริ่ม ทดลองใช้ที่โรงพยาบาลบอสตัน เบธ อิสราเอล (Boston's Beth Israel Hospital) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 โดยสร้างคำถามที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละห่อผู้ป่วยนั้น ๆ ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ โดยไม่ต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยทางการแพทย์ (medical model) พบว่าแบบประเมินที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและสามารถระบุปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน (Soares and Hearn, 1987)

นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยอีกจำนวนมากที่นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมและประเมินปัญหาของผู้ป่วย และหลังจากเก็บข้อมูลแล้วก็ได้้นำข้อมูลเหล่านี้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ปี ค.ศ. 1991 วูดลิวท์ (Woodliff) ได้ทำการวิจัยโดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นกรอบในการประเมินผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ให้รังสีรักษาบริเวณคอและศีรษะ จำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยโรคนี้อาจมีความผิดปกติ 8 แบบแผนหลัก ดังนี้ แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแล

สุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนเพศ และการเจริญพันธุ์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผน การปรับตัวและความทนทานกับความเครียดและแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ และเมื่อนำข้อมูล ที่ประเมินได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 18 ข้อ และ พบว่า 1/2 ของข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังกล่าวพบในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญ และแบบ แผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ในปี ค.ศ. 1991 คาลาร์โก และครอน (Calarco & Krone) ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผน สุขภาพมาเป็นเครื่องมือในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคจิตประเภทต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตแต่ ละโรคจะพบความผิดปกติในแบบแผนที่แตกต่างกันไป เช่น แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้พบ ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (Diminished interest or pleasure) แบบแผนอาหารและการเผาผลาญพบในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่ม (Weight loss or gain) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับพบในผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป (Insomnia or hypersomnia) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายพบในผู้ป่วยที่อ่อนแรง หรือสูญเสียพลังงาน (Fatigue or loss of energy) และแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ พบในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไร้คุณค่าหรือมีความรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม (feeling of worthlessness or inappropriate guilt)

และเมื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวของสมาคมข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาลของอเมริกา (NANDA) และ กอร์ดอน (Gordon) พบว่าสามารถให้แนวทางการ พยาบาลได้อย่างครอบคลุม

ในปีเดียวกันนี้ มีรายงานการศึกษากรณีตัวอย่างโรคจิตชนิดบุคลิกภาพแปรปรวนและยังมี ปัญหาทางกายอีกมากมาย เช่น หอบหืด เบาหวาน และปัสสาวะเป็นเลือด ผู้ป่วยรายนี้จะเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางจิตบ่อยครั้ง และในแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษ ผู้ป่วยจะมีอาการ ะอะ โวยวาย อาละวาดและพยายามทำร้ายตนเองและผู้อื่น วอนเดล และ พริน (Wandel & Prince, 1991) ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยโดยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากอาการแสดงและประวัติเก่า ๆ ที่เข้ารับการรักษาดังแต่ครั้งแรก โดยเน้นเฉพาะส่วนที่จะ ให้การพยาบาลในระยะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาใน 7 แบบแผนหลัก ซึ่งเหมือนกับที่ คาลาร์ โค และครอน (Calarco & Krone, 1991) ได้ทำการวิจัยดังนี้ คือ (1) แบบแผนการรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ (2) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (3) แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (4) แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด (5) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (6) แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ (7) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย และเมื่อนำ ข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถจะให้การพยาบาลได้ทันที

→ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีการทดลองนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีปัญหาใน 5 แบบแผนหลัก คือ (1) แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (2) แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ (3) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (4) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (5) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และเมื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ มีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อ (potential for infection) และมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุ (potential for injury)

มีรายงานวิจัยพบว่า การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นเครื่องมือในการซักประวัติผู้ป่วยจะเสียเวลาประมาณ 40 นาที สำหรับการสัมภาษณ์ประวัติและอีก 20 นาทีในการกรอกข้อมูลต่าง ๆ และใช้เวลาเป็นสัปดาห์ถึงจะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและสามารถให้การพยาบาลได้ทั้งกาย จิต และสังคม ดังนั้นพยาบาลจะเสียเวลามากในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม (Welch, et al. 1982; Miaskowski & Nielsen, 1985) ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 เฮอฟิลด์ (Hirshfield, et al.) ได้ทำการวิจัยผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 50 คน ในระยะเวลา 10 เดือน โดยปรับคำถามให้เฉพาะเจาะจงและเกี่ยวข้องกับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาโดยอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน โดยให้แบบสอบถามแก่ผู้ป่วยครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลและให้นำกลับไปตอบแบบสอบถามที่บ้าน หลังจากนั้นนำมาให้กับพยาบาลเมื่อเข้ารับรังสีรักษาในวันแรก พบว่าระยะเวลาที่พยาบาลอ่านแบบสอบถาม คุยกับผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลทันทีตามปัญหาที่พบ ใช้เวลาเพียง 20 นาทีเท่านั้น นอกจากนี้พบว่าการนำแบบสอบถามกลับไปตอบที่บ้าน ผู้ป่วยจะให้รายละเอียดได้ชัดเจนและครอบคลุมในแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ และแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ได้มากกว่าการที่พยาบาลถามผู้ป่วยตรง ๆ นอกจากนี้การตอบแบบสอบถามยังช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ในระหว่างตอบแบบสอบถามและทราบว่าจะต้องเตรียมตัวและปฏิบัติอย่างไรก่อนการรักษาด้วย

ในปี ค.ศ. 1991 ได้เริ่มนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในศูนย์การแพทย์ แซดเคิลแบ็ค เมมโมเรียล (Saddleback Memorial Medical Center) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีจำนวนเตียงผู้ป่วย 210 เตียง ลักษณะแบบประเมินสภาพเป็นคำถามปลายเปิดแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกการตรวจร่างกาย การซักประวัติในแต่ละแบบแผน โดยมีรายละเอียดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและพบบ่อยในแบบแผนนั้น ๆ ในตอนท้ายของแต่ละแบบแผน ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกการประเมินปัจจัยเสี่ยง ผลการนำไปใช้ครั้งนี้พบว่าสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระบบประเมินสภาพนี้แล้วนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้เวลาเพียง 30 นาทีเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า

แบบประเมินสภาพลักษณะนี้ทำให้พยาบาลทราบแนวทางที่จะให้การพยาบาลและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่วิเคราะห์ แปล และสรุปข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพ (Wellness - illness)

ความหมาย

พยาบาลได้ใช้คำว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1953 โดย เวอร์จิเนีย ฟราย (Virginia Fry) (Carpenito, 1983) ต่อมาเมื่อนักทฤษฎีหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ชูเมคเกอร์ (Shoemaker, 1985) ให้ความหมายว่า การวินิจฉัยการพยาบาลคือ “การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งได้จากกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นระบบภายใต้การพิจารณาวิเคราะห์ด้วยความระมัดระวัง การวินิจฉัยการพยาบาลต้องชัดเจน และระบุสมมุติฐานที่ทำให้เกิดสภาพการณ์นั้น ๆ ด้วยในกรณีที่ทราบ”

ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 สมาคมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของอเมริกาเหนือซึ่งเรียกย่อว่า NANDA (North American Nursing Association) ได้ประชุมผู้นำทางการพยาบาลและผู้อำนวยการจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งพยาบาลจากประเทศแคนาดา เพื่อพัฒนาคำจำกัดความที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับในอเมริกาเหนือของคำว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาล “เป็นการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาสุขภาพ หรือกระบวนการของชีวิตที่เกิดขึ้นแล้วหรืออาจจะเกิดขึ้นก็ได้ การวินิจฉัยการพยาบาลจะให้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์อาจเป็นการคงไว้ การส่งเสริม การป้องกันหรือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย” ดังนั้นควรได้มีการวิจัยเกี่ยวกับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

วิพร เสนารักษ์ (2533) ได้ให้แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. ข้อความควรเป็นสองตอน ข้อความตอนแรกจะระบุถึงปัญหา ข้อความตอนที่สองจะบอกสาเหตุของปัญหาโดยใช้ “เนื่องจาก” เชื่อมระหว่างข้อความสองตอน เช่น มีความวิตกกังวล เนื่องจาก การผ่าตัดที่จะได้รับในวันรุ่งขึ้น

2. ควรมีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อย 2 ข้อมูล ถึงจะกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลควรเป็นทั้งข้อมูลปรนัย (objective data) และข้อมูลอัตนัย (subjective data)

3. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไม่ใช่ความต้องการการรักษาพยาบาล เช่น “ต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น” เป็นความต้องการการรักษาไม่ใช่ข้อความที่สรุปถึงภาวะสุขภาพแต่เป็นการบ่งบอกกิจกรรมการพยาบาล ควรปรับเป็น “ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ”

4. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น เมื่อเห็นผู้ป่วยกระสับกระส่าย จะต้องตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่า “กระสับกระส่าย” ไม่ได้ เพราะเป็นอาการเท่านั้น แต่เราสามารถตั้งได้ว่า “ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง”

5. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ข้อความในส่วนแรกและส่วนที่สองต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เช่น “ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เนื่องจากมีปัญหาในการรับประทานอาหาร” ควรปรับเป็น “ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเนื่องจากปวดนิ้วมือทั้งสองข้าง”

6. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อความแรกจะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ข้อความหลังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว “ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากทนต่อกิจกรรมลดลง” ควรปรับเป็น “ทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง” เพราะการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดความทนต่อกิจกรรมลดลง

7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ เช่น “ปวดเรื้อรัง เนื่องจากข้ออักเสบชนิดรูมาตอยด์ (Rhumatoid Arthritis)” ควรเปลี่ยนเป็น “ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ” เพราะพยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขได้

8. ควรหลีกเลี่ยงไม่ใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่ควรใส่การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องใส่การวินิจฉัยโรคในข้อความส่วนที่สองเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงขึ้น ในกรณีนี้ เราจะใส่การวินิจฉัยโรคต่อท้ายส่วนที่สองเชื่อมด้วยคำว่า “เพราะ” หรือ “จาก” เช่น “ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ เพราะ ข้ออักเสบชนิดรูมาตอยด์” ซึ่งจะมีการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปจาก “ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ เพราะ ข้ออักเสบจากการติดเชื้อ (septic arthritis)”

เนื่องจากพยาบาลมีบทบาททั้งที่เป็นบทบาทอิสระ (Independent) บทบาทที่อิงอิสระ (Interdependent) และบทบาทไม่อิสระ (Dependent) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะส่งเสริมให้พยาบาลกระทำบทบาทอิสระของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามในบทบาทอื่นที่ยังจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุน (Carpenito, 1987) ได้เสนอให้มีการเขียนปัญหาที่เป็นปัญหาร่วม (Collaborative problem หรือ Clinical problem) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้คอยดูแลเพื่อค้น

หาควมมีคิดปกติในระยะเริ่มแรก และพยาบาลสามารถเขียนคำสั่งการพยาบาลในด้านการป้องกัน เฝ้าระวังสังเกตอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลได้

การกำหนดปัญหาหรือภาวะสุขภาพ

เมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ พยาบาลสามารถนำมาวิเคราะห์และ แปลงผลโดยใช้หลักและเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาในขณะนี้ (No problem) หมายถึง มีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดี
2. มีปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในขณะนี้ (Actual problem) เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย เช่น “ความทนในการทำกิจกรรมลดลง”
3. ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Potential problem) หรือพบปัจจัยเสี่ยง การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาจพบได้ทั้งภาวะเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี เช่น “เสี่ยงต่อการติดเชื้อ”

ประโยชน์ของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะช่วยแจกแจงความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอันจะนำไปสู่การให้การพยาบาลได้ครบถ้วนตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างต่อเนื่อง
2. ประโยชน์สำหรับตัวพยาบาล เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลรู้วิธีที่จะอธิบายสุขภาพผู้ป่วยได้ชัดเจนและด้วยวิธีทางที่แม่นยำที่จะนำทางไปสู่การปฏิบัติได้ (Carpenito, 1988)
3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถชี้ให้เห็นบทบาทอิสระของพยาบาล สร้างความเป็นเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพและสามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาลได้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

จากการทำงานของ NANDA โดยรวบรวมและพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาล แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ทำวิจัยและพิมพ์เผยแพร่มากกว่า 100 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลทั่วโลกใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นภาษาเดียวกัน แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นเพียงส่วนหนึ่งของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเท่านั้น บางข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ให้การพยาบาลอยู่บนห่อผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถตั้งชื่อข้อวินิจฉัยได้ เพราะฉะนั้นยังต้องมีการทดลองทำวิจัยต่อไปเพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ ๆ และมีประสิทธิภาพต่อไป

ปี ค.ศ. 1991 คณะกรรมการขององค์การนโยบายการดูแลสุขภาพและวิจัยเรียกย่อ ๆ ว่า AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) ได้พัฒนาแนวทางการพยาบาลโดย

ประชุมผู้นำทางการพยาบาลและผู้ชำนาญจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อกำหนดมาตรฐานข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วย 7 โรค ดังนี้

1. โรคต่อกระชกในผู้สูงอายุ ที่มีการมองเห็นไม่ดี
2. ผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต
3. การจัดการกับความเจ็บปวด
4. ผู้ป่วยนอกที่มีอาการซึมเศร้า
5. โรคโลหิตจาง (Sickle Cell)
6. ผลตกทับในผู้ป่วย
7. ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ในผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลทราบถึงแนวทางการให้พยาบาลได้ทันทีและสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทุกปัญหา (Lancour, 1991)

เกิสส์เลอร์ (Geissler, 1991) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA ไปใช้ในผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันโดยสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 245 คน จากประเทศอเมริกา แคนาดา อิสราเอล มาลาวิ ปากีสถาน ฟิลิปปินส์ ชูโด อาระเบีย และสวีเดน ในจำนวนข้อวินิจฉัย 3 ข้อ คือ สูญเสียความสามารถในการสื่อสารภาษา (Impaired Verbal Communication) สูญเสียปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Impaired Social Intervention) และ ขาดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Noncompliance) พบว่า การนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหล่านี้มาใช้ในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันเนื่องจากการสื่อความหมายและคำอธิบายที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA แต่ละข้อมาใช้ควรปรับคำอธิบายความหมายของข้อวินิจฉัยการพยาบาลและลักษณะเฉพาะที่ให้ข้อวินิจฉัยนั้น ๆ (defining characteristics) ถึงจะเหมาะสมในแต่ละประเทศ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกมากมายเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และการปฏิบัติพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ละเอียดครอบคลุม เช่น การศึกษาข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยเด็ก (Rengucci, 1992; Burns, 1991) ในชุมชน (Kriegler & Harton, 1992; Decker & Knight, 1990) ในผู้ป่วยจิตเวช (Calarco & Krone, 1991; Wandel & Prince, 1991) ในผู้ป่วยวิกฤต (Recker & O'Brien, 1992) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Corrigan, 1986) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Woodtli & Van, 1991) และผู้ป่วยกระดูกและข้อ (Sedlak, 1991)

ในประเทศไทยมีการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลบนหอผู้ป่วยน้อยเนื่องจากภาษาที่ใช้เป็นภาษาทฤษฎีที่เข้าใจยากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้พยาบาลยังสับสนในรูปแบบจึงทำให้การพัฒนาการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่พัฒนาเหมือนประเทศทางตะวันตก ทำให้มีการใช้เฉพาะในด้านการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การนำแบบแผนสุขภาพไปใช้ใน

การพัฒนาการวางแผนการพยาบาลและเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
(อาภรณ์, 2533,2534)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือด ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง กาย จิต และสังคม การวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาประเมินปัญหาผู้ป่วยและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์ในการกำหนดข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน (Planning) ทดลองปฏิบัติตามแผนและการสังเกต (Acting & Observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน (Re - planning) เพื่อทดลองปฏิบัติใหม่จนได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลในผู้ป่วยโรคเลือดต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนต่าง ๆ มีดังนี้

การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนการสำรวจปัญหาและแนวความคิดเบื้องต้น (Reconnaissance) ของการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด การบันทึกทางการพยาบาลการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล จากนั้นกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อหารูปแบบในการแก้ปัญหาจากข้อมูลที่ได้

การทดลองปฏิบัติตามแผนและสังเกต (Acting & Observing) เป็นขั้นตอนที่นำเอาแบบประเมินสภาพที่สร้างขึ้นมาไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลรวมถึงสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลและจดบันทึกการทดลองปฏิบัติจากเอกสารบันทึกทางการพยาบาลและแพทย์

การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นถึงผลที่ได้จากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และร่วมกันหาปัญหาและอุปสรรคในการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดตลอดจนปัญหาในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

การปรับปรุงแผน (Re - planning) เป็นขั้นตอนที่นำปัญหาจากการปฏิบัติมาปรับปรุงแผนใหม่ เพื่อให้ได้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่เหมาะสม และสามารถนำข้อมูลที่ได้มา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ประชากรที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกคน จำนวน 16 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี แบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ หลัก

สูตวทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) 4 คน และจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 12 คน อายุ 20-24 ปี จำนวน 5 คน 25- 30 ปี จำนวน 7 คน 31 - 35 ปี จำนวน 2 คน และอายุ 36 - 40 ปี จำนวน 2 คน

เจ้าหน้าที่พยาบาลจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการเรียนการสอนโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการประเมินผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในหลักสูตร ส่วนเจ้าหน้าที่พยาบาลจบหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) ไม่มีการเรียนการสอนโดยการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการประเมินผู้ป่วยมาก่อน แต่ได้เข้ารับการอบรม “แนวทางการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ไปใช้ในการปฏิบัติในหอผู้ป่วย” จากผู้ทรงคุณวุฒิคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การบันทึกการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 บันทึกโดยการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนที่จะทำการวินิจฉัย แต่ไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเลือดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2537 - เดือน มกราคม 2538 จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นโรคต่าง ๆ ดังนี้

โรค	จำนวน (คน)
Non - Hodgkin's Lymphoma (NHL)	10
Lymphoma	7
Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)	6
Chronic Myelofibrosis Leukemia (CML)	5
Acute Myeloblastic Leukemia (AML)	4
Leukemia	3
Aplastic Anemia	2
Pancytopenia	2
Multiple myeloma	2
Idiopathic Thrombocytopenia Purpura (ITP)	2
Myelodysplastic Syndrome (MDPS)	1
Myelofibrosis	1
Megaloblastic anemia	1
Myelodysplastic Syndrome (MDS)	1
Hemophilia A	1

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยแต่ละรายเฉลี่ยรายละ 4 สัปดาห์ โดยสิ้นสุดการศึกษาเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำ ๆ โดยไม่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติม

สถานที่ศึกษาและลักษณะของผู้ป่วย

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ตั้งอยู่ในอาคาร 13 ชั้น ชั้น 9 โรงพยาบาลสงขลา-นครินทร์ รับผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมทุกโรค อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปมีจำนวน 25 เตียง โรคทางอายุรกรรมที่รับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินอาหาร โรคเลือดและต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

การจัดหอผู้ป่วยจัดออกเป็นส่วน ๆ เดียงผู้ป่วยจัดแบ่งเป็น 2 ทีม โดยมีที่ทำการของพยาบาล (Nurse station) อยู่ตรงกลาง นอกจากนี้มีห้องทำการพยาบาล (treatment room) ห้องเก็บเครื่องมือ ห้องเก็บผ้า ห้องเก็บยา ห้องพักเจ้าหน้าที่ ห้องประชุม ห้องน้ำห้องส้วมเจ้าหน้าที่ ห้องน้ำห้องส้วมผู้ป่วย ห้องทำความสะอาดหม้อรองอุจจาระ ปัสสาวะ และห้องพักคนงาน การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ จัดแบ่งเป็นหมวดหมู่สะดวกต่อการใช้งาน

การบริหารงานบนหอผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยมีทั้งหมด 33 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาล 16 คน ผู้ช่วยพยาบาล 9 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 4 คน คนงาน 3 คน และเสมียน 1 คน

การจัดการทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นคนจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานหมุนเวียน ดังนี้

ผลัดเช้า เวลา 8.00 - 16.00 น.

พยาบาล 3-5 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 2 คน

ผลัดบ่าย เวลา 16.00 - 24.00 น.

พยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน

ผลัดดึก เวลา 24.00 - 8.00 น.

พยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 1-2 คน

เสมียนขึ้นทำงานตั้งแต่เวลา 8.00 - 16.00 น. วันจันทร์ - วันศุกร์

คนงานขึ้นปฏิบัติงานผลัดเช้า 1 คน ผลัดดึก 1 คน

การทำงานจัดแบ่งการทำงานเป็นทีม (team) และทำงานตามหน้าที่ (function) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นคนกำหนดงานให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละวัน

เหตุผลที่เลือกหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เลือกหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการทุกคนมีความสนใจและกระตือรือร้นที่จะทำวิจัยเพื่อหาแบบประเมินสภาพผู้ป่วยที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ละเอียดครอบคลุม ภาย จิต สังคม และเนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ให้การพยาบาลโดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์แบบที่ชัดเจน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเลือกหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 นี้เพื่อพัฒนาแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดและเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลบนหอผู้ป่วยสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ อันจะส่งผลให้มีการพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลตามกรอบแนวคิดดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยโรคเลือด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพฉบับที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ทศ. 02-02/1 (ภาคผนวก ก)
2. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่สร้างขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1,2 และ 3 (ภาคผนวกที่ ข,ค และ ง)
3. บันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note), การ์ดเค็กซ์ (Kardex) บันทึกทางการแพทย์ และผลวิเคราะห์ต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการ
4. ดัชนีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นหลังจากได้ประชุมกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัย
5. แผนบันทึกช่วยจำ ประกอบด้วยรายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน คณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการซักประวัติผู้ป่วย
6. เพิ่มบันทึกปัญหาในขณะปฏิบัติการวิจัย ซึ่งจะบันทึกปัญหาต่าง ๆ ที่พบในแต่ละวันขณะลงมือปฏิบัติการ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้จัดทำเพิ่มบันทึกปัญหาขึ้นเพื่อให้พยาบาลได้บันทึกและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระลงในแฟ้มเพื่อที่คณะผู้วิจัยจะได้เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปปรับปรุงแผนต่อไป

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพโดยใช้วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นปฏิบัติการ

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 จำนวนหนึ่งจบปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) ที่ไม่มีการเรียนการสอนโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการประเมินสภาพผู้ป่วย และถึงแม้พยาบาลจำนวนหนึ่งซึ่งจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการเรียนการสอนโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพประเมินปัญหาผู้ป่วย แต่หลังจากทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ก็ใช้กันอย่างไม่มีรูปแบบชัดเจน ประกอบกับเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่เคยทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาก่อน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ร่วมวิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาลโดย

1.1 เตรียมความรู้ โดยจัดสัมมนาในกลุ่มให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นแนวทางในการศึกษาจากกรณีตัวอย่างผู้ป่วย” โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มาบรรยาย

1.2 เตรียมความรู้วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยหัวหน้าโครงการมาบรรยายให้แก่ผู้ร่วมวิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาล

1.3 จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ เช่น แบบประเมินสภาพการใช้กระบวนการพยาบาล ฉบับที่ 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ทศ. 02-02/1 และเพิ่มฉบับที่ 1

2. ขั้นปฏิบัติการ

ในขั้นนี้ได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจการใช้แบบแผนสุขภาพและการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระดับการศึกษา อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ของเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคน นอกจากนี้ยังศึกษาข้อมูลจากเอกสารบันทึกทางการแพทย์ คาร์เด็ค บันทึกทางการแพทย์และผลวิเคราะห์ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการเพื่อนำข้อมูลมากำหนดปัญหาและแนวทางการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ระยะที่ 2 ประกอบด้วยวงจรการวิจัย 4 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 นำแบบการประเมินสภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ฉบับที่ 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ทศ. 02-02/1 มาทดลองใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรค

เลือด แล้วคณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาดัดแปลงปรับปรุงเป็นแบบ
ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1

วงจรที่ 2 นำแบบประเมินสภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาทดลองใช้ใน
การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกัน
วางแผนในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล
และปรับปรุงเป็นแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ฉบับปรับปรุง ครั้งที่
ที่ 2

วงจรที่ 3 นำแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 มาใช้ในการ
ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดและนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวาง
แผนในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรม
การพยาบาล และปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ฉบับ
ปรับปรุงครั้งที่ 3

วงจรที่ 4 นำแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 มาใช้ในการ
ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาร่วม
กันปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเป็น
ครั้งสุดท้าย

ในแต่ละวงจรได้ศึกษาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4
ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน
โดยกำหนดจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดให้กระจายทุกโรคไม่ต่ำกว่า 7 - 10 รายในแต่ละวงจร และ
ประชุมกลุ่มย่อยทุกวงจรเพื่อปรับปรุงแผนปฏิบัติการจนกระทั่งได้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรค
เลือดที่เหมาะสมและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ครอบคลุมชัดเจน จนสามารถเป็นแนวทางให้
พยาบาลนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้อย่างยั่งยืน
ถาวรต่อไป รายละเอียดในวงจรการวิจัยมีดังนี้

วงจรที่ 1 นำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ฉบับที่ 2 คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ทศ. 02-02/1 มาทดลองใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วย
โรคเลือดตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (ภาพประกอบที่ 1)

1.1 การวางแผน

1.1.1 เริ่มจากการสำรวจแนวคิดเบื้องต้น (Reconnaissance) โดยการวิเคราะห์กิจกรรม
ที่ต้องการพัฒนาโดยศึกษาจากบันทึกทางการพยาบาลและคาร์เด็ก์ แล้วประชุมกลุ่มคณะผู้วิจัยและ
เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เพื่อระบุปัญหาแล้วนำมาวางแผนในขั้นต้น

ภาพประกอบที่ 1 แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 1

สถานการณ์ปฏิบัติ

- เริ่มใช้แบบประเมินสภาพ ทศ.02-02/1 ตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2537 จำนวนผู้ป่วย 7 ราย ดังนี้
Lymphoma 2 ราย ITP 1 ราย, pancytopenia 1 ราย
All 1 ราย, Myelodysplastic Syndrome 1 ราย,
Aplastic anemia 1 ราย
- จำนวนผู้ไม่ตอบในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์
จำนวน 1 ท่าน คิดเป็น 14.28%
- นำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์

สถานการณ์ปฏิบัติ
ปฏิบัติและสังเกต

ปฏิบัติและสังเกต

- เจ้าหน้าที่ที่พยาบาลปฏิบัติการซักประวัติผู้ป่วยโรคเลือด โดยบันทึกลงในแบบประเมินสภาพ ทศ.02-02/1
- คณะผู้วิจัยสังเกต ตรวจสอบและบันทึกภาคสนามจากบันทึกทางการพยาบาล คาร์เด็กและบันทึกของแพทย์
- คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก ทศ.02-02/1 เป็นรายวันและรายสัปดาห์แล้วสรุปเป็นปัญหาในการลงมือปฏิบัติของวงจรที่ 1

ขั้นวางแผน

- ดำรวจและศึกษาการบันทึกพยาบาลและคาร์เด็ก
- นำแบบประเมินสภาพการใช้กระบวนการพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ หรือ ทศ.02-02/1 มาประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด
- ตั้งเป้าหมายให้กลุ่มผู้ปฏิบัติการร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน เพื่อนำมาคิดแปลงและปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่ใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้
- จัดทำแผ่นบันทึกช่วยจำ โดยบันทึกขอบเขตรายละเอียดการเก็บข้อมูลในแต่ละแบบแผนลงในแฟ้ม
- จัดทำแฟ้มบันทึกปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่พยาบาลอาจพบได้ในระหว่างการปฏิบัติการวิจัย

ปรับปรุงแผน

ปัญหา

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 1 ท่าน ไม่ถามใน แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์
2. เจ้าหน้าที่พยาบาลจำรายละเอียดและขอบเขต ในแต่ละแบบแผนไม่ได้
3. รายละเอียดในแต่ละแบบแผนมีมากจนเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่สามารถถามได้หมด
4. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีเวลาน้อยในการกรอกข้อมูลลงในแต่ละแบบแผน
5. แบบประเมินสภาพมีจำนวนหน้ามากถึง 6 หน้า ไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

จากการศึกษาข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและคาร์เด็กพบปัญหาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ดังนี้

1) ไม่มีแบบประเมินสภาพผู้ป่วย เมื่อพยาบาลซักประวัติและได้ข้อมูลจากผู้ป่วยจะบันทึกในลงแผ่นบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคาร์เด็ก และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านก็ไม่ได้เก็บคาร์เด็กไว้เป็นหลักฐานในการให้การพยาบาล

2) การซักประวัติ ส่วนมากจะซักประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ไม่ได้ซักประวัติให้ครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม เช่น

“4 เดือน รู้สึกเหนื่อย เคนประมาณ 20 เมตร เหนื่อย เบื่ออาหาร ซีดเหลือง มีไข้ต่ำ ๆ ไม่มีจันเลือด หรือ Bleed”

พ.ช.36 ไปโรงพยาบาลยะลา ตรวจพบ CBC Hct 7 %, WBC 4,800, PMN 60 %, L 30 %, US : Splenomegaly, Hb typing ปกติ, ให้ RBC&Folic acid.

7 ม.ก. 37 CBC Hct 10 %, WBC 3,600, Plt adequest ให้ PRC 2 unit ไม่มีไข้, no bleed, BM aspirate 2 ครั้ง fail จึง refer มา”

3) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใช้วิธีการบันทึกโดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่การเขียนยังไม่ถูกต้องชัดเจน บางครั้งนำการทำหัตถการของแพทย์มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “หลังทำ Bone Marrow”

1.1.2 วางแผนนำแบบประเมินสภาพ ทศ. 02 - 02/1 ไปใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด

จากปัญหาข้างต้นคณะผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาลตกลงใช้ ทศ. 02 - 02/1 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อเป็นแบบประเมินในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเลือด โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมกาย จิต สังคม

ลักษณะคำถามในแบบประเมินสภาพ ทศ. 02-02/1 เป็นคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน จำนวน 5 หน้า (ภาคผนวก ก.)

1.1.3 จัดทำแผ่นบันทึกช่วยจำ คณะผู้วิจัยบันทึกรายละเอียดและขอบเขตการเก็บข้อมูลและแนวคำถามของแต่ละแบบแผนลงในแผ่นบันทึกช่วยจำ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกแบบแผน

1.1.4 จัดทำแฟ้มบันทึกปัญหาในขณะปฏิบัติการวิจัยเพื่อใช้บันทึกปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่พยาบาลอาจพบได้ในระหว่างทำการวิจัย

1.2 การปฏิบัติและการสังเกต

ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ที่ซักประวัติผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ลงในแบบประเมินสภาพ ทศ. 02 - 02/1 ตามที่ได้ตกลงร่วมกัน นอกจากนี้ในระหว่าง

ที่ปฏิบัติในวงจรมี ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านมีปัญหาในการตั้งคำถามในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ไม่ทราบว่า จะตั้งคำถามอย่างไร เนื่องจากคนไทยไม่กล้าแสดงออกในเรื่องเพศ ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือโดยแนะนำให้สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยในเรื่องอื่น ๆ ก่อน แล้วค่อยตั้งคำถามในเรื่องเพศ หรือสามารถดูแนวคำถามได้จากแผ่นบันทึกช่วยจำ

ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลมักจะลืมรายละเอียดขอบเขตคำถามในแต่ละแบบแผน ทำให้เสียเวลาเนื่องจากต้องเปิดเพิ่มดูรายละเอียดขอบเขตคำถาม

ในวงจรมีคณะผู้วิจัยจะร่วมกันสังเกต ตรวจสอบ และบันทึกการใช้แบบประเมินสภาพ ทศ. 02 - 02/1 เป็นรายวัน แล้วรวบรวมข้อมูลในแฟ้มบันทึกปัญหาในขณะที่ปฏิบัติการวิจัย รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสรุปเป็นข้อมูลในการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวางแผนแก้ปัญหาต่อไป

1.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

คณะผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 นำข้อมูลจากอาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วย และข้อมูลจากแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนใน ทศ. 02 - 02/1 ที่ได้จากการทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2537 ถึงเดือน มีนาคม 2537 มาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่เพื่อนำไปให้กลุ่มผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติการร่วมกันสร้างเป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดที่ครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม ภายใตกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้พบว่า มีผู้ไม่ตอบในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 % เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลว่า “ผู้ป่วยอายุเกิน 60 ปีแล้วไม่ทราบจะตั้งคำถามอย่างไรดี รู้สึกซัด ๆ ที่จะถามเรื่องนี้” ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องถามให้ครอบคลุมทุกแบบแผน และแนะนำให้ชักชวนผู้ป่วยพูดคุย เพื่อสร้างสัมพันธภาพแล้วค่อย ๆ สอดแทรกคำถามในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์เข้าไป โดยให้ศึกษาลักษณะแนวคำถามจากแฟ้มบันทึกช่วยจำต่อไป

วงจรมีผู้ปฏิบัติการได้รายงานปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. พยาบาลไม่ถามในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ เนื่องจากไม่ทราบจะตั้งคำถามอย่างไรที่ไม่ขัดต่อความรู้สึกของตัวเองและต่อผู้ป่วย
2. จำรายละเอียดและขอบเขตของเนื้อหาในแต่ละแบบแผนไม่ได้ ถึงแม้จะมีแฟ้มบันทึกช่วยจำก็ตาม
3. รายละเอียดและขอบเขตของแต่ละแบบแผนมีมากจนไม่สามารถซักประวัติได้ครบในเวลาที่มีจำกัด
4. มีเวลาน้อยในการกรอกข้อมูลเนื่องจากมีผู้ป่วยหนักจำนวนมาก และมีงานเร่งด่วนต้องทำ

5. แบบประเมินสภาพมีจำนวนมากถึง 5 หน้า ไม่เหมาะกับการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

วงจรถี 2 นำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาทดลองใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดอีกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวางแผนในการกำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดเป็นครั้งที่ 2 (ภาพประกอบที่ 2)

2.1 การปรับปรุงแผน

จากวงจรถี 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้และปัญหาที่พบ เช่น ไม่ตอบคำถามในแบบแผนเพศ และการเจริญพันธุ์ รายละเอียดและขอบเขตแต่ละแบบแผนมีจำนวนมากไม่สามารถซักได้หมดหรือจำรายละเอียดของเนื้อหาและขอบเขตแต่ละแบบแผนไม่ได้ มาให้คณะผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติการวางแผนปรับปรุงและสร้างแบบประเมินสภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคเลือด โดยนำหมวดหมู่ของอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและผลการประเมินแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนที่ได้จากวงจรถี 1 มาสร้างเป็นคำถามที่รัดกุม ชัดเจน ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคเลือดภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวคำถามแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในการซักประวัติผู้ป่วย และเป็นการลดเวลาในการเปิดแฟ้มบันทึกช่วยจำ

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นประวัติความเจ็บป่วย โดยคำถามเป็นลักษณะปลายปิดเหมือนแบบประเมินสภาพ ทศ. 02-02/1 ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ จะมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเลือดในแต่ละแบบแผนทั้ง 11 แบบแผน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบที่ให้ไว้ แบบประเมินสภาพมีจำนวน 4 หน้า (ภาคผนวก ข.)

2.2 การปฏิบัติและสังเกต

พยาบาลปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงใหม่ โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ซึ่งในวงจรถีนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องบันทึกปัญหาที่พบในระหว่างการปฏิบัติลงในแฟ้มบันทึกปัญหา เพื่อผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลมาปรับคำถามให้เหมาะสมต่อไปเช่นเดียวกัน

ในขณะนี้คณะผู้วิจัยสังเกตพบว่า การมีแนวคำถามในแต่ละแบบแผนทั้ง 11 แบบแผน ทำให้สะดวกต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลในการซักประวัติ แต่ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลยังคงมีความรู้สึกอายเมื่อถามคำถามในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ เนื่องจากคำถามที่สร้างขึ้นมาถามตรงมากเกินไป เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ ผิดปกติ ระบุ ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่พยาบาลโดยแนะนำให้ใช้คำถามอื่น ๆ ก็ได้ เช่น อาจจะถามว่า “ขณะเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงหรือไม่”

คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 และจากบันทึกทางการแพทย์ การเคหะ บ้านพักของแพทย์ และผลวิเคราะห์ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเป็นรายวันเพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์หาข้อสรุปเพื่อปรับแบบประเมินสภาพข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดวงจรนี้ และนำไปปรับปรุงในวงจรต่อไป

2.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

คณะผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และหาข้อสรุปเพื่อปรับค่าให้เหมาะสมเฉพาะผู้ป่วยโรคเลือดในแต่ละแบบแผนและสามารถนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมและถูกต้อง

แบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 นี้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2537 จำนวนผู้ป่วยโรคเลือด 11 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคเลือดทั้งหมดนี้มีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 3 แบบแผนดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินสภาพผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์ มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เพื่อคัดแปลงปรับปรุงแบบประเมินดังกล่าวและสรุปเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 3 แบบแผนตามวงจรการปฏิบัติการวงจรที่ 2 (N=11)

แบบแผน	ความถี่	ร้อยละ
1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	11	100
1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ		
1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน		
2. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	8	72.73
2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย		
2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
2.3 ระบบหายใจ		
3. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้	3	27.27

ภาพประกอบที่ 2 แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรถี 2

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- เริ่มใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดตั้งแต่เดือน มีนาคม - มิถุนายน 2537 จำนวนผู้ป่วย 11 รายดังนี้
AML M1 2 ราย, CML 2 ราย, Lymphoma 1 ราย
NHL 1 ราย, Myelofibrosis 1 ราย, MSD 1 ราย,
Acute leukemia 1 ราย, Aplastic anemia 1 ราย
AML 1 ราย
- ผู้ป่วยโรคเลือดมีความผิดปกติ ในแบบ 3 แบบแผนหลักดังตารางที่ 1

ปฏิบัติแต่ละช่วง

- ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุง โดยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาใช้
- นำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- คณะผู้วิจัยสังเกตตรวจสอบและบันทึกภาคสนามจากบันทึกทางการพยาบาล คาร์เด็ก บันทึกของแพทย์และผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ
- วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลเป็นรายวันและรายสัปดาห์

ปรับปรุงแผน

- สร้างแบบประเมินสภาพผู้ป่วยที่เฉพาะกับผู้ป่วยโรคเลือดชนิดอื่นไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 แบบประเมินสภาพแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 และ 2 เป็นลักษณะของคำถามปลายเปิด ส่วนที่ 3 เป็นคำถามลักษณะแบบให้เลือกคำตอบ
- ตั้งเป้าหมายในการปรับค่าตามในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดให้ครอบคลุมและง่ายต่อการใช้และสามารถนำข้อมูลที่ประเมินได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้
- นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้
- เปิดโอกาสให้พยาบาล ได้แสดงความคิดเห็นและบันทึกปัญหาต่าง ๆ ลง ในแฟ้มเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแผนต่อไป

ขั้นตอนการปฏิบัติ
ปฏิบัติและสังเกต

ปรับปรุงแผน

ปัญหา

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลกรอกข้อมูลในแบบประเมินสภาพไม่ครบ
2. เจ้าหน้าที่มิใช่แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดในบางครั้ง
3. การบันทึกอาการสำคัญซ้ำซ้อนบันทึกทั้งในคาร์เด็กบันทึกทางการพยาบาล และ ในแบบประเมิน
4. ยังมีการกำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล โดยนำเอาอาการและอาการแสดงมา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่ 2

1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เที่ยง) ต้องการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจาก

1. คลื่นไส้อาเจียนจากผลข้างเคียงเคมีบำบัด
2. รับประทานอาหารได้น้อย
3. กลืนอาหารลำบาก
4. จดน้ำจืดอาหาร

วัตถุประสงค์

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ไม่มีภาวะของการขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน
2. เมื่ออาหาร รับประทานได้น้อยทั้งปริมาณและจำนวน
3. เจ็บคอเวลากลืนอาหาร
4. จดอาหารทางปาก
5. น้ำหนักตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ปริมาณและจำนวนของอาเจียน
2. ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ และอาหารเสริมเช่น นม
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. สังเกตและบันทึกลักษณะและปริมาณของน้ำย่อยที่หลังออกทางสายยางจากกระเพาะอาหาร
5. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรณรงค์รักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารได้ตามปกติ
2. น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เที่ยง) ติดเชื้อในร่างกาย (ระบบต่าง ๆ) เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ

วัตถุประสงค์ : การติดเชื้อลดลง/ไม่มีการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Wbc ; PMN; blast cell
2. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและสิ่งคัดหลั่ง ได้ผลบวก เช่น H/C, Urine C/s
3. อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น
4. ลักษณะและตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น หนองได้คางและ ก้น

5. บ่นปัสสาวะแสบขัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตั้งเกศอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย, ปากฟัน
4. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำทางปาก
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และยาลดไข้ตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้พักผ่อน
8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
9. ช่วยแพทย์ทำหัตถการ เช่น เจาะหนอง
10. ส่งและติดตามผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิกายอยู่ในระดับปกติ ($T=36.5-37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$)
2. ไม่แสดงอาการของการติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะแสบขัด หนองได้ทางอุทเทวม
3. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและสิ่งคัดหลั่งปกติไม่พบเชื้อ

2. แบบแผนกิจกรรมและกรรออกกำลังกาย

2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : อ่อนเพลีย/ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก

1. แขนขาซีกขวาอ่อนแรง
2. ซีด
3. รับประทานอาหารได้น้อยจากบริเวณแน่นท้อง

วัตถุประสงค์ : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Hct; Hb
2. อาการและตำแหน่งของอวัยวะที่อ่อนแรง เช่น แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ปวดท้อง
3. ระบุกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของอวัยวะนั้น ๆ
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ช่วยเหลือกิจกรรม เช่น ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำ
4. ดูแลให้สารละลายเลือดตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่น
2. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความสามารถของตนเอง

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) มีภาวะเลือดออกในร่างกาย/ระบุตำแหน่ง เนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ

วัตถุประสงค์ : ไม่มีการสูญเสียเลือดทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเกร็ดเลือด
2. เลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น จุดเลือดออกตามตัวและไรฟัน ถ่ายดำ
3. อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดคั่งในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ
4. สัญญาณชีพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของเลือดคั่งภายในร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง
2. สังเกตจำนวน ลักษณะ และตำแหน่งเลือดออกภายนอกในร่างกาย เช่น จุก เลือดออกถ่ายดำ เลือดออกตามไรฟัน
3. วัดสัญญาณชีพ
4. ดูแลให้เลือดหยุดไหล เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็งที่ศีรษะ อดจุมูกด้วยก้อนหิมะหรืออะดรีนาลีน (adrenaline 1:100)
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเลือดตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร
7. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงอุบัติเหตุที่ทำให้เลือดออก

8. ดูแลให้พักผ่อน
9. ให้ออกซิเจนสูง
10. เจาะเลือดและติดตามผลซีมาโคกริต
11. ในกรณีมีสายยางต่อจากกระเพาะ ให้บันทึกจำนวนและลักษณะน้ำย่อย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เช่น จุดเลือดออก ปวดศีรษะ
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2.3 ระบบหายใจ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (तीयง) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก

1. การขยายตัวของปอดลดลงจากมีน้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด
2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
3. มีการอักเสบ บวมบริเวณทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ : ได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด Hct, Hb
2. ผล X-rays พบในน้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด
3. ฟังปอดพบ crepitation
4. อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องคั่งน้ำออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย
5. บริเวณทางเดินหายใจอักเสบ บวม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน
4. ดูแลให้ออกซิเจนสูง
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้สังเกตความสัมพันธ์ระหว่างทางเดินหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจด้วย
6. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือดตามแผนการรักษา
7. ประเมินการทำงานของปอด
8. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง เช่น สูดเสมหะ
9. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หอบเหนื่อย กระสับกระส่าย
2. ผล X-rays ปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ

3. แบบแผนสถิติปัญหาและการรับรู้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ปวด/ระบุดำแหน่งหรือไม่สุขสบาย : ปวด เนื่องจากคัมมัคโค

วัตถุประสงค์ : อาการปวดลดลง/ไม่มีอาการปวด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สังเกตอาการและอาการปวดที่ตำแหน่งต่าง ๆ
2. คลำพบก้อนบริเวณที่ปวด
3. ผู้ป่วยบ่นปวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงบริเวณที่ปวด
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลให้พักผ่อน
4. ช่วยเหลือกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. พักผ่อนได้ ไม่บ่นปวด
2. หน้าตาแจ่มใสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

จะเห็นได้ว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยในเรื่องความไม่สุขสบาย เช่น ไม่สุขสบายปวดศีรษะ/ปวดท้องนั้นการพยาบาลจะซ้ำซ้อนกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเรื่องปวด เช่น สังเกตอาการ วัดสัญญาณชีพ ดูแลให้พักผ่อน เตรียมผู้ป่วยส่งตรวจ และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ดังนั้นการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถระบุได้เลยว่า “ปวด” แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกเพียงไม่สุขสบายก็สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่า “ไม่สุขสบายได้” ดังนั้นจึงรวมข้อวินิจฉัยเรื่องความไม่สุขสบายและปวดในหัวข้อเดียวกัน

นอกจากนี้ ในวงจรมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านเดิมข้อมูลในแบบประเมินสภาพไม่ครบทุกช่อง เช่น อายุHN เนื่องจากการลืมและมึนงงแรงจูงใจต้องทำจึงทำให้ไม่มีเวลากรอกข้อมูลให้ครบ

2. เจ้าหน้าที่พยาบาลลืมใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดในการซักประวัติผู้ป่วย เนื่องจากยังเคยชินกับการซักประวัติแบบเดิม ทำให้ผู้วิจัยต้องกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่พยาบาลบางรายมาเติมข้อมูลลงในแบบประเมินสภาพให้สมบูรณ์ทีหลัง

3. การบันทึกอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลมีความซ้ำซ้อนกัน คือมีการบันทึกในคาร์เด็กและในบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)

4. ยังมีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยนำข้อมูลจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “มีผื่นคันที่บริเวณก้น” “ตาแดง ๆ ทั้ง 2 ข้าง” หรือ “การนำพยาธิสภาพของโรคและการรักษาของแพทย์มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “อาจมีภาวะแทรกซ้อนจาก pancytopenia”

วงจรที่ 3 นำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 มาประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดและนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวางแผนในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาลและปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดครั้งที่ 3 (ภาพประกอบที่ 3)

3.1 การปรับปรุงแผน

คณะผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบในวงจรที่ 2 เช่น เจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านลืมนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ลืมเติมข้อความในบางช่อง บันทึกอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลซ้ำซ้อนหรือยังกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ถูกต้อง มาร่วมประชุมและวางแผนแก้ปัญหาในกลุ่มผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติการ ดังนี้

1. ให้ใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ในผู้ป่วยโรคเลือดทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือน กันยายน เพื่อแก้ปัญหาเจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านลืมนำแบบประเมินสภาพ โดยแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 นี้ประกอบด้วย 3 ส่วนเหมือนแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 แต่ปรับคำถามในแบบแผนเทศและการเจริญพันธุ์ ดังนี้

“อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

เปลี่ยนเป็น “การเจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้สัมพันธ์ภาพทางเพศกับคู่สมรสเปลี่ยนไปหรือไม่

ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน ระบุ

2. ผู้วิจัยจะจัดแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดรวมกับชุดรับใหม่และเก็บไว้ที่โต๊ะพยาบาลทั้งสองทีม

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลท่านใดที่ซักประวัติและรับผู้ป่วยจะต้องกรอกข้อมูลลงในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดให้สมบูรณ์ทุกราย ถ้าเจ้าหน้าที่พยาบาลท่านใดลืม ผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้พยาบาลท่านนั้นกรอกข้อมูลในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดต่อไป

4. ไม่ต้องบันทึกประวัติและอาการสำคัญลงในบันทึกทางการพยาบาลเนื่องจากประวัติส่วนนี้มีในแบบการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดแล้ว แต่ยังคงให้บันทึกลงในคาร์เด็คเนื่องจากสะดวกในการรับส่งเวร

5. ชื่อ สกุล เลขทั่วไป อายุ รวมทั้งชื่อหอผู้ป่วยให้ใช้แผ่นสติ๊กเกอร์ที่มีอยู่แล้วติดที่ส่วนที่ 1 ของแบบประเมินสภาพ ได้เลขทั้งนี้เพื่อประหยัดเวลาในการกรอกข้อมูลและป้องกันการลืมในการกรอกรายละเอียดบางช่อง

6. คณะผู้วิจัยจัดทำข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และแผนการพยาบาลที่ได้จากวงจรที่ 2 ลงในแผ่นบันทึกช่วยจำเพื่อเป็นแนวทางแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3.2 ชั้นปฏิบัติและสังเกต

เจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงใหม่ โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเลือดทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คณะผู้วิจัยสังเกตตรวจสอบและจดบันทึกภาคสนามเป็นรายวันจากคาร์เด็ค บันทึกทางการพยาบาล ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและบันทึกของแพทย์เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์หาข้อสรุปเพื่อปรับแบบประเมินสภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดในวงจรนี้และนำไปปรับปรุงในวงจรต่อไป

3.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 มาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์หาข้อสรุปเพื่อปรับแบบประเมินสภาพให้เหมาะสมและครอบคลุมผู้ป่วยทั้ง กาย จิต สังคม ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพและสามารถนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 นี้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือน มิถุนายน - กันยายน 2537 จำนวนผู้ป่วยโรคเลือด 20 ราย พบว่าผู้ป่วยจำนวนดังกล่าว มีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 6 แบบแผนดังแสดงในตารางที่ 2

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินสภาพผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เพื่อคัดแปลงปรับปรุงแบบประเมินดังกล่าวและสรุปเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล ดังนี้

ภาพประกอบที่ 9 แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจที่ 3

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- เริ่มใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน- กันยายน 2537 จำนวนผู้ป่วย 20 ราย ดังนี้
- ALL 2 ราย, Multiple Myeloma 2 ราย
- AML 1 ราย, aute leukemia 1 ราย
- CML 3 ราย, Megaloblastic anemia 1 ราย
- NHL 7 ราย, Hemophilia A 1 ราย
- Lymphoma 2 ราย
- ผู้ป่วยมีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 6 แบบแผนดังตารางที่ 2



ปฏิบัติและสังเกต

- ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงโดยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 มาประเมินสภาพผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
- กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผลและ กิจกรรมการพยาบาล
- ผู้วิจัยสังเกตตรวจสอบและบันทึกภาคสนามจากบันทึกทางการพยาบาลกรณีเด็ก บันทึกของแพทย์ และผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ
- วิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวเป็นรายวันและรายสัปดาห์

ปรับปรุงแผน

- นำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดปรับปรุงครั้งที่ 2 ประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านให้เก็บแบบประเมินสภาพรวมในแฟ้มประวัติด้วย
- คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยร่วมกับชุดรับใหม่และเก็บไว้ที่โสตพยาบาลทั้ง 2 ทีม
- เจ้าหน้าที่พยาบาลท่านใดที่ซักประวัติและรับผู้ป่วยจะต้องกรอกข้อมูลลงในแบบประเมินสภาพให้สมบูรณ์ทุกราย ถ้าเดิมผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นเจ้าหน้าที่พยาบาลท่านนั้นมากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์
- ไม่ต้องบันทึกประวัติและอาการสำคัญลงในบันทึกทางการพยาบาล แต่ยังคงลงในภาคเด็กเนื่องจากสะดวกในการรับ-ส่ง
- ใช้แผ่นสติ๊กเกอร์ที่มีชื่อ สกุล เลขที่ทั่วไปอายุ และหอผู้ป่วย คัดส่วนที่ 1 ของแบบประเมินดังกล่าวได้
- คณะผู้วิจัยจัดทำข้อวินิจฉัยการพยาบาลลงในแผ่นบันทึกช่วยจำเพื่อเป็นแนวทางแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล

ปรับปรุงแผน

ปัญหา

1. เสียเวลาในการซักประวัติเนื่องจากคำถามในแต่ละแบบแผนมีจำนวนมากถึง 4 หน้า
2. คำถามบางคำถามไม่ต้องถามก็ได้เนื่องจากสามารถสังเกตได้จากกรตรวจร่างกาย เช่น "มีจุดเลือดออกหรือไม่" และถ้าพบแบบแผนอะไรปกติควรเขียนว่าปกติได้เสีย ไม่ต้องเสียเวลานับที่รายละเอียด
3. เจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านไม่ได้ระบุข้อมูลสนับสนุน
4. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลยังนำอาการและอาการแสดงมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผน
 ชั้นที่ 6 แบบแผนตามวงจรการปฏิบัติการวงจรที่ 3 (N=20)

แบบแผน	ความถี่	ร้อยละ
1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	19	95
1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ		
1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน		
1.3 น้ำและอิเล็กโทรไลต์		
2. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	15	75
2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย		
2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
2.3 ระบบหายใจ		
3. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้	12	60
3.1 การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง		
3.2 ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้		
4. แบบแผนการขับถ่าย	1	5
5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ	1	5
6. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด	1	5

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่ 8

1. แบบแผนอาหารและการดูแลอาหาร

1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสี่ยง) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก

1. คลื่นไส้อาเจียนจากผลข้างเคียงเคมีบำบัด
2. มีแผลในปาก
3. ความอยากอาหารลดลงจากการได้รับเคมีบำบัด
4. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ไม่มีภาวะของการขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน
2. เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อยทั้งปริมาณและจำนวน
3. ผลระดับน้ำตาลในเลือด
4. มีฝ้าขาวและแผลในปาก
5. น้ำหนักตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ปริมาณและจำนวนครั้งของอาเจียน
2. สังเกตอาการขาดสารอาหาร (Hypo - hyperglycemia)
3. ดูแลและแนะนำการรับประทานหรืออาหารเสริม เช่น โอวัลติน น้ำหวาน
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทงหลอดเลือคค์ตามแผนการรักษา
5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลคิของการรับประทานอาหารต่อการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา
7. ดูแลรักษาเกล็ดแผลในปาก/ยาลดอาการปวดแผลตามแผนการรักษา
8. เจาะเลือกและคิติดตามระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา
9. ดูแลให้พักผ่อนและวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารได้คัมปกติ
2. น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.2 ระบายภูมิคุ้มกัน

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสี่ยง) คิเชื่อในร่างกาย (ระบบต่าง ๆ) เนื่องจาก

1. ภูมิคุ้มกันต่ำ
2. มีแผลผ่าตัด

3. ผื่นหนังดลอกมีรอยแตก

วัตถุประสงค์ : การติดเชื้อดลง/ไม่มีการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Wbc
2. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและสิ่งคัดหลั่ง ได้ผลบวก เช่น H/C
3. อุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น มีอาการหนาวสั่น
4. ลักษณะอาการและตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (infection site)
5. ให้เคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นผลให้ไขกระดูกถูกกด
6. ผู้ป่วยบ่นเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตามตำแหน่งของระบบต่าง ๆ
2. วัคซีนยูแอมซิฟ
3. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน และสิ่งแฉก้อม
4. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำ
5. ดูแลเช็ดตัวด้วย (tepid sponge) เมื่ออุณหภูมิเพิ่มขึ้นและดูแลร่างกายให้อบอุ่น (keep warm) เมื่อร่างกายหนาวสั่น
6. ดูแลให้รับประทานยาต้านเชื้อตามแผนการรักษา
7. ดูแลและทำการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic techniques) เช่น ทำแผล
8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) และยาต้านนอกตามแผนการ
9. ส่งและติดตามผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
10. ติดต่อและส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อกันหาแหล่งของการติดเชื้อ
11. แนะนำการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิกายอยู่ในระดับปกติ ($T=36.5-37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$)
2. ไม่แสดงอาการของการติดเชื้อ เช่น หนาวสั่น
3. ผลการเพาะเชื้อจากสิ่งคัดหลั่งปกติ ไม่พบเชื้อ
4. ฟังเสียงปอดปกติ
5. แผลไม่อักเสบ บวมแดง

1.3 น้ำและอิเล็กโทรไลต์

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มีภาวะเสียสมดุลย์น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ระบุนิโค) เนื่องจาก

1. คลื่นไส้ อาเจียน
2. รับประทานอาหารและน้ำได้น้อยจากได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความสมดุลย์ของน้ำและอิเล็กโทรไลต์
2. เพื่อให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลอิเล็กโทรไลต์ (ระบุนิโค) ค่าหรือสูงกว่าปกติ
2. คลื่นไส้ อาเจียน

3. อ่อนเพลีย ปากแห้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น อ่อนเพลีย ซึม สับสน
2. วัคซีน pneumo
3. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำทางปาก
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. บันทึกสารน้ำเข้าและออก ปริมาณ ความถี่ และจำนวนครั้งของอาเจียน
6. ดูแลให้พักผ่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง
2. ผิวหนังและเยื่อเมือกชุ่มชื้น ความชื้นของผิวหนังปกติ
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. ค่าโปตัสเซียมและแคลเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. อุณหภูมิภายในร่างกาย (T=36.5-37.5 C°)

2. แผนแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : อ่อนเพลีย/ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจาก

1. การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง
2. พร่องตัวนำออกซิเจน
3. ปวดข้อเข่าหรือแขนขาอ่อนแรงจากมีเลือดออกในข้อเข่า
4. นอนไม่หลับจากการไอ
5. มีความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร
6. ปวดศีรษะจากมีก้อนเนื้อในสมอง

วัตถุประสงค์ : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Hct, Hb
2. ผลน้ำตาลในเลือด
3. อาการแสดงและตำแหน่งของอวัยวะที่อ่อนแรง เช่น ปวดข้อเข่า ปวดศีรษะ มีเลือดออกในข้อเข่า
4. นอนไม่หลับ อ่อนเพลียจากการไอ
5. ระบุกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงที่ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ ไอ
2. วัคซีน pneumo
3. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย

4. ดูแลให้พักผ่อน
5. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือด (blood transfusion) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. เจาะและติดตามผลฮีมาโตคริต
7. ติดต่อและส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา
8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ตามความสามารถของตนเอง

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) มีภาวะเลือดออกในร่างกาย/ระบุตำแหน่งเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ

วัตถุประสงค์ : ไม่มีการสูญเสียเลือดทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเกร็ดเลือด
2. เลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น เลือดออกตามไรฟันหรือจมูก
3. อาการแสดงของภาวะเลือดคั่งในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ
4. สัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเบาเร็ว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของเลือดคั่งภายในร่างกาย (internal bleeding) เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน
2. สังเกต จำนวน ลักษณะและตำแหน่งของเลือดออกภายนอกในร่างกาย (external bleeding)
3. วัตถุประสงค์
4. ดูแลให้เลือดหยุดไหล (stop bleeding) เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็งที่จมูก
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเลือด (platelet) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร
7. ให้อาการพยาบาล โดยคำนึงถึงอุบัติเหตุที่ทำให้เลือดออก (bleeding precaution)
8. ดูแลให้พักผ่อน
9. เจาะเลือดและติดตามผลฮีมาโตคริต
10. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตภาวะเลือดออก เช่น จุดจ้ำเลือด และแนะนำให้ญาติไปติดต่อคลังเลือดเพื่อให้เลือดผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย เช่น จุดเลือดออกตามตัวหรือไรฟัน
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

4. ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือปวดข้อ

2.3 ระบบหัวใจ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจาก

1. การขยายตัวของปอดลดลงจากมีน้ำคั่งในช่องหุ้มปอด
2. ทามเดินหายใจอุดกั้น
3. พร่องคว้านำออกซิเจนจากภาวะซีด

วัตถุประสงค์ : ได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด Hct; Hb
2. ผล X - rays พบมีน้ำคั่งในช่องหุ้มปอด (pleural effusion)
3. ฟังปอดพบ crepitation
4. อาการแสดงของภาวะพร่องคว้านำออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัว
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
4. ดูแลให้พักผ่อนและทำกิจกรรมบนเตียง
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
7. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น เจาะไขกระดูก
8. ติดตามผลฮีมาโตคริตตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ชีพจรเต้นเร็ว กระสับกระส่าย
2. ผล X - rays ปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ

8. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

3.1 การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและารตอบสนอง

3.1.1 สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ไม่สุขสบาย : ปวด (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก

1. มีก้อนบริเวณที่ปวด (ระบุตำแหน่ง)
2. มีเลือดออกบริเวณข้อ
3. มีบาดแผล (ระบุตำแหน่ง)

วัตถุประสงค์ : อาการปวดลดลง/ไม่มีอาการปวด

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการและอาการแสดงปวดที่ตำแหน่งต่าง ๆ
2. พบก้อนหรืออาการอักเสบบริเวณที่ปวด

3. ผู้ป่วยบ่นปวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงบริเวณที่ปวด
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลให้พักผ่อน
4. ช่วยเหลือทำกิจกรรม
5. จำกัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น ป้อนกินไม่ให้ แสงเข้าตามากเกินไป
6. ทำความสะอาดแผลเพื่อลดความระคายเคือง
7. ส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุความแผน การรักษา เช่น ส่งทำ Ultrasound abdomen
8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. พักผ่อนได้ ไม่บ่นปวด
2. หน้าตาแจ่มใสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

3.1.2 สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ก้น/ระบุตำแหน่ง เนื่องจาก ผิวหนังแห้งจาก การได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์ : อาการคันลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ลักษณะและตำแหน่งบริเวณที่คัน
2. บ่นและแสดงอาการคัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ตำแหน่งที่คัน
2. แนะนำให้ทาความสะอาดร่างกายด้วยสบู่
3. ดูแลให้ยารับประทานยาแก้คันและยาทาภายนอกตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังปกติ ไม่มีอาการคัน

3.2 ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) ระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากชกจากก้อนเนื้อที่สมอง วัตถุประสงค์

1. สามารถถามตอบได้
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย ซึม ปวดศีรษะ
2. มีอาการชักเกร็ง
3. ผลการวิเคราะห์รังสีพบก้อนเนื้อบริเวณสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ชีพ ปวดศีรษะ
2. วัคซีนฉีดยาฉีดยา
3. ดูแลให้งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. บันทึกสารน้ำเข้าและสารน้ำออกจาก Foley's catheter และ N-G tube
6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ (Endotracheal tube) และบันทึกความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
7. ดูแลให้ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น valium, diazepam ตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. วัคซีนฉีดยาฉีดยา
2. ปรึกษารู้สึกดี อดทนต่อรู้อาการ และไม่มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ
3. ไม่มีอาการชัก

4. แผนแผนการขั้นต่ำ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ท้องผูก เนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากน้อย
วัตถุประสงค์

1. ไม่มีภาวะท้องผูก
2. ขับถ่ายได้ตามปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่ถ่ายอุจจาระมาทั้งวัน
2. ท้องอืดตึง ปวดแน่นท้อง
3. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของการไม่ถ่ายอุจจาระ
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ
3. ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา
4. ดูแลและแนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากหรือผักผลไม้มากกว่าเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
2. ไม่ปวดแน่นท้อง
3. การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

5. แผนแผนการพักผ่อนนอนหลับ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดฟัน

วัตถุประสงค์ : นอนหลับพักผ่อนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการปวดฟัน
2. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวด เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็ง (ice bag) บริเวณแก้ม
3. สังเกตและบันทึกการนอนหลับหลังให้อานแก้ปวด
4. สังเกตลักษณะและตำแหน่งที่ปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าตาสดชื่น
2. นอนหลับพักผ่อนได้

6. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : วิตกกังวล เนื่องจากไม่เข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์
วัตถุประสงค์

1. ความวิตกกังวลลดลง
2. เข้าใจและมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับเรื่องโรค วิธีการตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. บอกได้ถึงเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
3. ให้ความร่วมมือในการรักษา

ในวงจรนี้พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. คำถามในแต่ละแบบแผนมีจำนวนมากถึง 4 หน้า ทำให้เสียเวลาในการซักถาม
2. คำถามบางคำถามไม่จำเป็นต้องถามก็ได้ เช่น “มีจุดเลือดออกหรือไม่” เนื่องจาก

สามารถสังเกตเห็นได้จากการตรวจร่างกายในขณะซักประวัติ ในบางแบบแผนถ้าพบว่าผู้ป่วยปกติก็ไม่จำเป็นต้องบันทึกเนื่องจากเสียเวลา ให้บันทึกเฉพาะแบบแผนที่พบว่ามีความผิดปกติก็เพียงพอแล้ว

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านไม่ได้ระบุข้อมูลสนับสนุนลงในบันทึกทางการพยาบาล
4. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในบางหัวข้อยังกำหนดโดยนำอาการ การวินิจฉัย

และการรักษาของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น

“มีก้อนที่รักแร้ขวา”

“มีน้ำที่ไต”

“เตรียมให้ chemo วันนี้”

วงจรถี 4 การนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 มาประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดและนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดที่สมบูรณ์ต่อไป

4.1 การปรับปรุงแผน

คณะผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากวงจรถี 3 เช่น คำถามในแต่ละแบบแผนมีจำนวนมากถึง 4 หน้า บางคำถามถ้าซักประวัติปกติไม่จำเป็นต้องบันทึกรายละเอียด เจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านไม่ได้ระบุข้อมูลสนับสนุนลงในบันทึกการพยาบาลมาประชุมกลุ่มร่วมกันกับปฏิบัติการเพื่อวางแผนแก้ปัญหา ซึ่งเจ้าหน้าที่พยาบาลท่านหนึ่งเสนอว่า ควรปรับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดมาเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเหมือน ทศ.02-02/1 แต่วงเล็บบอกรายละเอียดขอบเขตการซักประวัติเฉพาะผู้ป่วยโรคเลือดคือท้ายแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนเพื่อเป็นแนวทางแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล และถ้าซักประวัติแบบแผนอะไรก็ตามพบว่า “ปกติ” ก็สามารถเขียนคำว่า “ปกติ” ได้เลยเพื่อลดเวลาในการกรอกข้อมูล

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลอีกท่านหนึ่งเสนอว่า ควรจะมีหัวข้อ “สรุปแบบแผนสุขภาพที่เบี่ยงเบน” ในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดด้วย โดยเมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยแล้วและพบว่ามีความผิดปกติในแบบแผนใด ก็ให้บันทึกสรุปหัวข้อแบบแผนที่ผิดปกติลงในสรุปแบบแผนสุขภาพที่เบี่ยงเบนเพื่อที่จะได้นำข้อมูลในแบบแผนนั้น ๆ มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 นี้ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 2 หน้า ลักษณะคำถามปลายเปิด โดยส่วนที่ 1,2 และ 3 เหมือนกับแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ทศ. 02-02/1 ยกเว้นส่วนที่ 3 จะมีวงเล็บบอกขอบเขตรายละเอียดผู้ป่วยโรคเลือดไว้ในแต่ละแบบแผน (ภาคผนวก ง)

สำหรับปัญหาการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในบางข้อซึ่งยังกำหนดโดยนำ การตรวจพบของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “มีก้อนที่รักแร้ขวา” หรือ “มีนิ่วที่ไต” ที่ประชุมกลุ่มเสนอแนะว่า ไม่ควรใช้การตรวจพบของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล แต่ให้ดูว่าสิ่งตรวจพบเหล่านี้ไปกระทบกับแบบแผนอื่น ๆ หรือไม่ ถ้ากระทบกับแบบแผนอื่น ๆ ก็ให้นำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลจะได้ให้การพยาบาลได้โดยอิสระไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ เช่น “มีก้อนที่รักแร้” ควรพิจารณาคว่าก้อนเนื้อนี้ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายหรือไม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเจ็บปวดควรปรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็น “ปวดเนื่องจากมีก้อนเนื้อที่บริเวณรักแร้” นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้จัดทำข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้จากวงจรถี 3 ลงในแผ่นบันทึกช่วยจำเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อไป

การเขียนข้อมูลสนับสนุนลงในบันทึกทางการแพทย์มาได้ข้อสรุปว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลท่านใดที่เขียนหรือกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เขียนข้อมูลสนับสนุนลงไปด้วย แต่ถ้าข้อวินิจฉัยการพยาบาลครั้งต่อไปเหมือนครั้งแรกไม่จำเป็นต้องเขียนข้อมูลสนับสนุนอีก ยกเว้นถ้ามีข้อมูลใหม่ ๆ ที่สนับสนุนหัวข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นให้บันทึกเพิ่มเติมลงไป

4.2 การปฏิบัติและสังเกต

เจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงใหม่ โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ไปประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนตุลาคม 2537 ถึงเดือน มกราคม 2538

คณะผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลชอบแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 เนื่องจาก เจ้าหน้าที่พยาบาลท่านหนึ่งพูดว่า "แบบประเมินใหม่นี้ง่าย สะดวกและกระชับดี" อีกท่านหนึ่งพูดว่า "เร็วกว่าแบบประเมินสภาพอื่น ๆ และสะดวกดี"

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยสังเกตพบว่ายังมีเจ้าหน้าที่พยาบาลหลายท่านยังนำการตรวจพบของแพทย์และการรักษามากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น "มีก้อนในท้อง" "มีแผล bone marrow" หรือ "on chemo" ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำและปรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้ แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลบางท่านเคยชินกับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบบเดิม และบางครั้งมีงานเร่งด่วนอื่นต้องทำ จึงทำให้ไม่มีเวลาที่จะคิดหัวข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากคำพูดที่ว่า "ยังไม่เคยชินกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบบใหม่ที่ถูกต้อง แต่คิดว่าสามารถปรับได้ ถ้าได้ข้อมูลเรื่อย ๆ "

คณะผู้วิจัยจดบันทึกภาคสนามรายวันจากบันทึกทางการแพทย์ คาร์เต้ บันทึกของแพทย์ และผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปในการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

4.3 การสะท้อนการปฏิบัติ

คณะผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่พยาบาลได้นำข้อมูลที่ได้อจากการบันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 และข้อมูลที่ได้อจากการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์หาข้อสรุปเพื่อปรับแบบประเมินสภาพให้เหมาะสม รวมทั้งกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

แบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 นี้ เริ่มใช้ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2537 - มกราคม 2538 จำนวนผู้ป่วยโรคเลือด 10 ราย พบผู้ป่วยมีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 6 แบบแผนดังแสดงในตารางที่ 3

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้อจากประเมินสภาพผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์มาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เพื่อคัดแปลงปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล ดังนี้

ภาพประกอบที่ 4 แสดงขั้นตอนการปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจครั้งที่ 4

ระดมความคิดปฏิบัติ

- เริ่มใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2537-มกราคม 2538 จำนวน จำนวน 10 ราย ดังนี้
ALL 3 ราย, pancytopenia 1 ราย/TTP 1 ราย, leukemia 1 ราย
NHL 2 ราย, Lymphoma 2 ราย
- ผู้ป่วยมีความคิดปกติในแบบแผนหลัก 5 แบบแผน ดังตารางที่ 3
- การบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนทุกแบบแผน 100%
- การบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยสะดวกต่อการใช้และรวดเร็ว



ปฏิบัติและสังเกต

- ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงโดยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด ๕ ประวัตินผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
- กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล
- คณะผู้วิจัยสังเกต บันทึกข้อมูลภาคสนามจากบันทึกทางการพยาบาล คาร์เต็ค บันทึกของแพทย์และผลการวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ
- วิเคราะห์ข้อมูลรายวันและ รายสัปดาห์

ข้ามปรับปรุงแผน

- นำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 2 หน้า ลักษณะคำถามปลายเปิดเหมือนแบบประเมินสภาพทศ.02-02/1 แต่ในส่วนที่ 3 มีวงเล็บบอกขอบเขตและรายละเอียดการประวัติไว้ให้เ็นตอนท้ายของแต่ละแบบแผน
- กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อข้อมูลสนับสนุน กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล
- จัดทำข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้เพิ่มเติมจากวงจรที่ 3 ลงในแผ่นบันทึกช่วยจำ
- เพิ่มหัวข้อ "สรุปแบบแผนสุขภาพที่เบื้องต้น" ในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด
- เจ้าหน้าที่พยาบาลคนแรกที่กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เขียนข้อมูลสนับสนุนด้วย และถ้ามีข้อวินิจฉัยซ้ำไม่จำเป็นต้องเขียนข้อมูลสนับสนุน

ปรับปรุงแผน

ปัญหา เจ้าหน้าที่ผู้ซักประวัติลิ้มดูขอบเขตและรายละเอียดในวงเล็บแต่ละแบบแผนที่พิมพ์เป็นแนวทางไว้ให้ ทำให้ซักประวัติได้ไม่ละเอียด

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือด ที่พบความผิดปกติในแบบแผน
หลัก 6 แบบแผนตามวงจรการวิจัยวงจรที่ 4 (N=10)

แบบแผน	ความถี่	ร้อยละ
1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	7	70
1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ		
1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน		
2. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	7	70
2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย		
2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
2.3 ระบบหายใจ		
3. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้	5	50
4. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด	3	30
5. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	1	10
6. แบบแผนการขับถ่าย	1	10

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจรที่ 4

1. แผนแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก

1. เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียนจากผลข้างเคียงเคมีบำบัด
2. ปวดแน่นท้อง

วัตถุประสงค์ : ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน
2. เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยทั้งปริมาณและจำนวน
3. ปวดแน่นท้อง ท้องโคลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะและปริมาณของอาเจียน
2. ดูแลให้รับประทานอาหารหรืออาหารเหลว
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้รับประทานยาลดปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. รับประทานอาหารได้ปกติ
2. น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ

วัตถุประสงค์ : ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจเลือด CBC : Wbc, blast cell
2. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดได้ผลบวก
3. อุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น
4. ลักษณะและตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น มีฝ้าขาวในปาก มีผื่นตามตัว
5. ไวเคมิบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะและตำแหน่งของการติดเชื้อ
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลทำความสะอาดร่างกายและปากฟัน
4. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำ
5. วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณศีรษะ

6. ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
8. สังเกตและติดตามผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิกายอยู่ในระดับปกติ ($T=36.5-37.5^{\circ}\text{C}$)
2. ผลการเพาะเชื้อทางหลอดเลือดปกติ
3. ฝ้าขาวในปากและฟันหายไป

2. แผนแผนฉีกรวมและฉีกรอกกำลังกาย

2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและภาวะดูแลที่อยู่อาศัย

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : อ่อนเพลีย/ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก

1. ปวดตะโพกทั้งสองข้าง
2. พร่องตัวนำออกซิเจน

วัตถุประสงค์ : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Hct; Hb
2. อาการแสดง ลักษณะและตำแหน่งของอวัยวะที่อ่อนแรง เช่น ปวดตะโพก
3. ระบุกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะและตำแหน่งของอวัยวะนั้น ๆ
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลให้รับประทานอาหาร การแต่งตัว
4. ดูแลให้พักผ่อน
5. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. เจาะและติดตามผลฮีมาโตคริต
7. หัดข้อและสั่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สิหน้าสดชื่นขึ้น
2. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2.2 ระบายหัวใจและหลอดเลือด

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เลือดออกง่าย เนื่องจาก

1. เกร็ดเลือดต่ำ
2. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

วัตถุประสงค์ : ไม่มีการสูญเสียเลือดทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเกร็ดเลือด
2. เลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น จุดเลือดออก เลือดออกทางจมูก
3. สัญญาณชีพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดคั่งในร่างกายนอก เช่น ปวดศีรษะ
2. สังเกตลักษณะ จำนวนและตำแหน่งของเลือดออกภายนอกในร่างกาย
3. วัดสัญญาณชีพ
4. ดูแลให้เลือดหยุดไหล เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็งที่จมูก จุกจมูกด้วยก้อน (nasal packing)
5. ส่งผู้ป่วยไปยังหน่วย หู คอ จมูก เพื่อหยุดเลือดตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำ
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
8. ดูแลให้พักผ่อน
9. เจาะเลือดติดตามผลฮีมาโตคริต
10. แนะนำให้ระวังอุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดคั่งทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
4. ไม่มีอาการปวดศีรษะ

2.3 ระบบหายใจ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจาก ภาวะพร่องตัวนำ

วัตถุประสงค์ : ได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือดฮีมาโตคริต
2. อาการแสดงของภาวะพร่องตัวนำออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ
2. ประเมินและฟังการทำงานของปอด
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
4. ส่งและติดตามผลก๊าซในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย
2. ประเมินปอดปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ

3. แขนและมือมีอุณหภูมิเย็น

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ไม่สุขสบาย ปวด (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก

1. มีก้อนในท้อง
2. มีแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : อาการปวดลดลง/ไม่มีอาการปวด

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการ ลักษณะ ตำแหน่งที่ปวด
2. วัตถุประสงค์
3. ผู้ป่วยบ่นว่าปวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงบริเวณที่ปวด
2. วัตถุประสงค์
3. ดูแลให้พักผ่อน
4. ช่วยเหลือกิจกรรม
5. จำกัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ปวด เช่น วางหมอนหนุนรองบริเวณที่ปวด
6. ดูแลให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. พักผ่อนได้ไม่บ่นปวด
2. หน้าตาแจ่มใส ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

4. แบบแผนการปรับตัวและความชนทนกับความเครียด

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค
การรักษาและการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์

1. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตน
2. เข้าใจและมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. มาพบแพทย์เมื่ออาการของผู้ป่วยรุนแรง
2. มีสีหน้าวิตกกังวล
3. ไม่ร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรค วิธีการตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะโรค
2. อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจและสงสัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกได้ถึงเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
2. ให้ความร่วมมือในการรักษา

5. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีก้อนที่คอ
วัตถุประสงค์ เข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นว่า “อาชเพื่อน”
2. มีก้อนที่บริเวณคอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าตาสดชื่น แจ่มใส
2. เข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนได้ตามปกติ

6. แผนแผนการขั้นน้อย

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ท้องผูก

วัตถุประสงค์

1. ไม่มีภาวะท้องผูก
2. ขับถ่ายได้ตามปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน
2. ปวดแน่นท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สัมผัสอาการ ลักษณะ ปริมาณของอุจจาระ
2. ดูแลให้รับประทานอาหาร
3. ช่วยเหลือให้ถ่ายอุจจาระด้วยการควักอุจจาระ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
2. ไม่ปวดแน่นท้อง
3. การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

ในการบันทึกข้อมูลขั้นตอนนี้พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลกรอกข้อมูลบันทึกทุกแบบแผนและชอบแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 เนื่องจากง่าย สะดวก และรวดเร็ว แต่ก็ยังพบปัญหาในการใช้แบบประเมินสภาพนี้คือ บางครั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลยังลืมดูขอบเขตรายละเอียดในวงเล็บของแต่ละแบบแผนที่พิมพ์ไว้ให้เป็นแนวทางในการซักประวัติจึงทำให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยบางรายไม่ละเอียดเพียงพอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ สเตรว์และคอร์บิน (Strauss & Corbin, 1990) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายวัน เป็นการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุป (Induction analysis)

โดยนำข้อมูลที่พยาบาลบันทึกจากคาร์เด็ค บันทึกทางการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และบันทึกของแพทย์ โดยทำการวิเคราะห์ ดังนี้

- 1.1 บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในแบบบันทึกภาคสนาม
- 1.2 เลือกคำที่เป็นคำหลัก (Key words)

1.3 นำคำที่เป็นคำหลักมาจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูล แล้วแยกประเภทข้อมูลตาม

ปัญหาทางการพยาบาล

1.4 ตีความเบื้องต้นตามแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎี และความคิดของผู้วิจัยและ
สรุปเป็นแนวคิด/สมมติฐานชั่วคราว

1.5 ตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อหาข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมกับวางแผนใน การ
เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

2. วิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั้งหมดจากข้อ
วินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลทุกวงจรอย่างลึกซึ้งซึ่งจนสามารถตอบคำถามการวิจัยได้

2.1 หากำหลัก นำคำหลักมาจำแนก เปรียบเทียบข้อมูลและจัดกลุ่มปัญหา
การพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ

2.2 จัดหมวดหมู่ข้อมูลและติดตาม เป็นการอธิบายแปลความหมายในระดับลึกตาม
แนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเชื่อมโยงเปรียบเทียบหรือคัดทอนเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่
สำคัญและเฉพาะเจาะจง

2.3 สร้างข้อสรุปการตั้งปัญหาทางการพยาบาล แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่
ใช้ในศีกอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยจากการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตกลงใช้แบบประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพชนิดคำถามปลายเปิดที่มีวงเล็บบอกรายละเอียดขอบเขตการซักประวัติของผู้ป่วยโรคเลือดต่อท้ายแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนเป็นแบบประเมินสภาพในการซักประวัติผู้ป่วยโรคเลือด โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ถ้าซักประวัติแบบแผนสุขภาพใดก็ตามที่พบว่าปกติสามารถเขียนคำว่า “ปกติ” ในแบบแผนสุขภาพนั้นได้เลย แต่ถ้าซักประวัติแล้วพบว่ามีความผิดปกติให้เขียนรายละเอียดของข้อมูลที่ซักประวัติได้ในแต่ละแบบแผนนั้น และให้บันทึกสรุปแบบแผนที่ผิดปกติในหัวข้อสรุปแบบแผนสุขภาพที่เขียนบนในส่วนท้ายสุดของแบบประเมินสภาพด้วยเพื่อสะดวกในการอ่านและง่ายต่อการวางแผนให้การพยาบาล แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน จำนวน 2 หน้า โดยส่วนที่ 1 และ 2 ประกอบด้วยประวัติผู้รับบริการและประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน (ภาคผนวก ง.)

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับนี้ ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากแบบประเมินสภาพดังกล่าวถูกปรับปรุงให้สั้นกระชับรัดกุม และมีรายละเอียดบอกขอบเขตเฉพาะเจาะจงสำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดไว้ท้ายแต่ละแบบแผนซึ่งจะช่วยเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการซักประวัติได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับที่ศูนย์การแพทย์แซนเกลสลิคแมมโมเรียล ซึ่งได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพไปเป็นกรอบในการซักประวัติโดยมีรายละเอียดบอกขอบเขตการซักประวัติผู้ป่วยเฉพาะโรคไว้ท้ายแบบแผนสุขภาพทำให้การซักประวัติและการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยฉบับนี้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดได้ครอบคลุมทั้ง กาย จิต และสังคม สังกัดได้จากคำพูดของพยาบาลบางท่านกล่าวว่า “เมื่อก่อนไม่เคยถามเรื่องจิตใจหรือภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเลย ตั้งแต่เริ่มใช้แบบประเมินสภาพนี้มีโอกาสได้พูดคุยและถามถึงด้านจิตใจ” หรือ “มีแบบประเมินสภาพผู้ป่วยก็ดีเหมือนกันจะได้มีแนวทางในการพูดคุยและซักถามผู้ป่วยได้อย่างมีหลักเกณฑ์ครอบคลุมทั้ง กาย จิต และสังคม” แสดงให้เห็นว่ากรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นกรอบในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม

ผลการซักประวัติผู้ป่วยโรคเลือดชนิดต่าง ๆ จำนวน 41 ราย ในปฏิบัติการวิจัยวงจรที่ 2,3 และ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคเลือดมีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 7 แบบแผน และเมื่อนำข้อมูลที่ได้อ

จากการซักประวัติตามแบบแผนดังกล่าวมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แล้วนำมาจัดกลุ่มลงในแบบแผนต่างๆ พบว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดที่สามารถจัดเข้าในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหารมีมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 90.24) รองลงมาคือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 73.17, 40.78, 9.76, 4.85, 2.44 และ 2.44 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเลือดที่พบความผิดปกติในแบบแผนหลัก 7 แบบแผนตามวงจรการวิจัยวงจรที่ 2,3 และ 4 รวมกัน (N=41)

แบบแผน	ความถี่	ร้อยละ
1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	37	90.24
1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ		
1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน		
1.3 น้ำและอิเล็กโทรไลต์		
2. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	30	73.17
2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย		
2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
2.3 ระบบหายใจ		
3. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้	20	40.78
3.1 การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง		
3.2 ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้		
4. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด	4	9.76
5. แบบแผนการขับถ่าย	2	4.88
6. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ	1	2.44
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	1	2.44

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลพร้อมทั้งกิจกรรมการพยาบาลได้ ดังนี้

1. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสี่ยง) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก

1. กลืนได้อาเจียนจากผลข้างเคียงเคมีบำบัด
2. รับประทานอาหารได้น้อยจากผลข้างเคียงเคมีบำบัด
3. มีฝ้าขาวและแผลในปาก
4. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ไม่ถูกต้อง
5. กลืนอาหารลำบาก
6. ปวดแน่นท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการกลืนได้อาเจียน
2. เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ทั้งปริมาณและจำนวน
3. ระบุ อาการ ลักษณะ ตำแหน่งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืน เช่น มีฝ้าขาวและแผลในปาก เจ็บคอเวลากลืนอาหาร ปวดท้อง ท้องแน่นตึง
4. ผลระดับน้ำตาลในเลือด
5. น้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ไม่มีภาวะของการขาดสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ปริมาณ และจำนวนของการอาเจียน
2. สังเกตอาการของการขาดสารอาหาร (Hypo-hyperglycemia)
3. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำ อาหารเสริม หรืออาหารเหลว
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการกลืนได้อาเจียนตามแผนการรักษา
6. ดูแลพยาบาลเคลือบแผลในปาก/ยาลดอาการปวดแผลตามแผนการรักษา
7. เจาะเลือดและติดตามระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา
8. ดูแลให้พักผ่อนและวัคซีนภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย
9. สังเกตและบันทึกลักษณะและปริมาณน้ำย่อยที่ออกจากสาย ยางกระเพาะอาหาร
10. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการรับประทานอาหารต่อการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารได้ตามปกติ
2. น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้น
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) ติดเชื้อในร่างกาย (ระบบต่าง ๆ) เนื่องจาก

1. ภูมิคุ้มกันต่ำ
2. ผิวหนังถลอกมีรอยแตก
3. มีแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : การติดเชื้อลดลง/ไม่มีการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจเลือด CBC : WBC, PMN, blast cell
2. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งได้ผลบวก
3. อุณหภูมิร่างกาย (body temperature) เพิ่มขึ้น หรือหนาวสั่น
4. ลักษณะและตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ (infection site) เช่น มีฝ้าขาวในปาก ฟังปอดพบเสียง crepitation
5. ผู้ป่วยบ่นถึงอาการของการติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปวดบริเวณแผล
6. ให้เคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นผลให้ไขกระดูกถูกกด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะและตำแหน่งของการติดเชื้อตามระบบต่าง ๆ
2. วัคซีนตามชีพ
3. ดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน และสิ่งแวดล้อม
4. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารและน้ำทางปาก
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ดูแลเช็ดตัวสคี่ (tepid sponge) วางกระเป๋าน้ำแข็ง (ice bag) บริเวณศีรษะเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น หรือดูแลให้ร่างกายอบอุ่น (keep warm) เมื่อร่างกายหนาวสั่น
7. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
8. ดูแลให้พักผ่อน
9. ดูแลและทำการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) บริเวณที่มีแผลหรือรอยถลอก

10. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotic) และยาทาภายนอกตามแผนการรักษา
11. ส่งและติดตามผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
12. ติดต่อและส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อค้นหาแหล่งของการติดเชื้อตามแผนการรักษา
13. ช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ เช่น เจาะกระดูกหรือเจาะหนอง
14. แนะนำการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิกายอยู่ในระดับปกติ ($T=36.5 - 37.5^{\circ}\text{C}$)
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัดหรือ crepitation
3. ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและสิ่งคัดหลั่งปกติไม่พบเชื้อ
4. ผลปกติไม่มีการอักเสบ บวมแดง

1.3 น้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มีภาวะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ระบุนิคม) เนื่องจาก

1. คลื่นไส้อาเจียน
2. รับประทานอาหารและน้ำได้น้อยจากได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามความต้องการของร่างกาย
2. มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลอิเล็กโทรไลต์ (ระบุนิคม) ค่าหรือสูงกว่าปกติ
2. อาการคลื่นไส้อาเจียน
3. อาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น อ่อนเพลีย ปากแห้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น อ่อนเพลีย ปากแห้ง ซึม สับสน
2. วัตถุประสงค์
3. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำทางปาก
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. บันทึกสารน้ำเข้าและออก และบันทึกลักษณะ ปริมาณ จำนวนของการอาเจียน
6. ดูแลให้พักผ่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง
2. ผิวหนังและเยื่อปมขึ้น ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. ค่าอิเล็กโทรไลต์ (ระบุชนิด) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. อุณหภูมิปกติ ($T=36.5 - 37.5^{\circ}C$)

2.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลที่อยู่อาศัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : อ่อนเพลีย/ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก

1. พร่องตัวนำออกซิเจน
2. ซีดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง
3. (ระบุ) อาการ ตำแหน่งและอวัยวะที่อ่อนแรง
เช่น แขนขาอ่อนแรง ปวดข้อเข่าจากมีเลือดออกบริเวณข้อ ปวดตะโพกทั้งสองข้าง ปวดศีรษะจากมีก้อนในสมอง
4. นอนไม่หลับจากการไอ
5. มีความผิดปกติของการเผาผลาญ

วัตถุประสงค์ : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด CBC : Hct: Hb
2. อาการแสดง ลักษณะและตำแหน่งของอวัยวะที่อ่อนแรง เช่น ปวดตะโพก แขนขาอ่อนแรง
3. ผลระดับน้ำตาลในเลือด
4. อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ
5. ระบุกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ และตำแหน่งของอวัยวะที่อ่อนแรง
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและช่วยเหลือทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ เช่น ดูแลให้รับประทานอาหาร ดูแลทำความสะอาดร่างกาย

4. ดูแลให้พักผ่อน
5. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือด (blood transfusion) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
7. เจาะและติดตามผลฮีมาโตคริต
8. ติดต่อและส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกายภาพบำบัด
9. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
2. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความสามารถของตนเอง

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) เลือดออกง่าย (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก

1. เกร็ดเลือดต่ำ
2. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

วัตถุประสงค์ : ไม่มีการสูญเสียเลือดทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเกร็ดเลือด
2. เลือดออกในระบบต่าง ๆ เช่น จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน ถ่ายดำ
3. อาการแสดงของภาวะเลือดคั่งในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปวดข้อ ปวดศีรษะ
4. สัญญาณชีพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดคั่งในร่างกาย (internal bleeding) เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน
2. สังเกตลักษณะ จำนวน และตำแหน่งของเลือดออกภายนอกในร่างกาย (external bleeding) เช่น จุดเลือดออกตามร่างกาย ถ่ายดำ
3. วัดสัญญาณชีพ

4. ดูแลให้เลือดหยุดไหล (stop bleeding) เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็ง (ice bag) บริเวณจมูก อุดจมูกด้วยก้อนสซุโปอะดรีนาลีน 1:1000 (nasal packing with adrenaline)
5. ส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน หู คอ จมูก เพื่อหยุดเลือดตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารและน้ำทางปาก
8. ดูแลให้พักผ่อน
9. ดูแลให้ออนสิริชะงู
10. ให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงอุบัติเหตุที่ทำให้เลือดออก (bleeding precaution)
11. เจาะเลือดติดตามผลฮีมาโตคริต
12. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตภาวะเลือดออก เช่น จุดเลือดออก
13. แนะนำให้ระวังอุบัติเหตุ
14. แนะนำให้ญาติไปติดต่อกล้งเลือดเพื่อเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เช่น จุดเลือดออก ถ่ายดำ ปวดศีรษะ ปวดข้อ
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2.3 ระบบหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก

1. พร่องตัวนำออกซิเจนจากภาวะซีด
2. การขยายตัวของปอดลดลงจากมีน้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด
3. มีการตีบแข็งในระบบทางเดินหายใจ
4. มีการอักเสบ บวมบริเวณทางเดินหายใจจากการถอดสายท่อหายใจ

วัตถุประสงค์ : ได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ CBC ; Hct; Hb
2. อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องตัวนำออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย
3. ผล X - rays พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

4. ฟังปอดพบ crepitation
5. อาการ ลักษณะ ตำแหน่งของอวัยวะที่อักเสบ เช่น ทางเดินหายใจบวม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อลดการใช้ ออกซิเจน
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ในกรณีผู้ป่วยใช้ เครื่องหายใจ ให้บันทึกอัตราหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจด้วย
5. ดูแลจัดทำให้นอนศีรษะสูง
6. ดูแลให้พักผ่อนและทำกิจกรรมบนเตียง
7. ดูแลให้ได้รับสารละลายเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
8. ฟังและประเมินการทำงานของปอด
9. ทำทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะ
10. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
11. ส่งและติดตามผลก๊าซในกระแสเลือด
12. เจาะและติดตามผลฮีมาโตคริตตามแผนการรักษา
13. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่าง ๆ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย
2. ผล X - rays ปกติ
3. ฟังและประเมินปอดปกติ
4. สัญญาณชีพปกติ

3. แบบแผนสถิติปัญหาและการรับรู้

3.1 การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง

3.1.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ไม่สุขสบาย : ปวด/คัน/ระบุนอาการแสดง เนื่องจาก (ระบุ)

1. มีก้อน (ระบุตำแหน่ง)
2. มีเลือดออกบริเวณข้อ
3. ตับมีมโต
4. มีบาดแผล/ระบุตำแหน่ง

วัตถุประสงค์ : อาการปวดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการและอาการแสดงปวดตำแหน่งต่าง ๆ
2. ผู้ป่วยบ่นปวด
3. คลำพบก้อนบริเวณที่ปวด
4. มีแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ตำแหน่งที่ปวด
2. วัดสัญญาณชีพ
3. ช่วยเหลือทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้
4. จำกัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น ใช้หมอนทรายรองบริเวณที่ปวด
5. ทำความสะอาดบาดแผลเพื่อลดความระคายเคือง
6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้พักผ่อน
8. ส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุตามแผนการรักษา เช่น ultrasound abdomen

เกณฑ์การประเมินผล

1. พักผ่อนได้ ไม่บ่นปวด
2. หน้าตาแจ่มใสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

3.1.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : คัน/ระบุตำแหน่ง เนื่องจากผิวหนังแห้งจากได้

รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์ : อาการคันลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ลักษณะและตำแหน่งบริเวณผื่นคัน
2. บ่นและแสดงอาการก็

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ตำแหน่ง และปริมาณผื่นคัน
2. แนะนำให้ทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่
3. ดูแลให้ยารับประทานยาแก้คันและยาทาภายนอกตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผื่นหนังไม่มีอาการคัน

3.2 ความสามารถทางสติปัญญาและความรู้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสียง) ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจาก
ชักจากมีก้อนเนื้อที่สมอง

วัตถุประสงค์ :

1. สามารถตอบคำถามได้
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย ซึม ปวดศีรษะ
2. มีอาการชักเกร็ง
3. ผลการวิเคราะห์ห้รังสีพบก้อนเนื้อบริเวณสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ซึม ปวดศีรษะ
2. วัตถุประสงค์ซีพ
3. ดูแลให้ง้วนและอาหารตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. บันทึกสารน้ำเข้าและสารน้ำออก รวมทั้ง
foley's catheter และ N-G tube
6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ
(endothelial tube) และบันทึกความสัมพันธ์ระหว่าง
อัตราการหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ
7. ดูแลให้ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ระบุรู้สึกตัว ตามตอบรู้เรื่องและไม่มีอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ
3. ไม่มีอาการชัก

4. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : 1. วิตกกังวล เนื่องจากไม่เข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์
2. วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์

1. ความวิตกกังวลลดลง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตน
3. เข้าใจและมีส่วนร่วมในแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. มาพบแพทย์เมื่ออาการของผู้ป่วยรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับเรื่องโรค วิธีการตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค
2. อนุญาตให้ผู้ป่วยซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจและสงสัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. บอกได้ถึงเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
3. ให้ความร่วมมือในการรักษา

5. แบบแผนการจับถ่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ท้องผูกเนื่องจาก รับประทานอาหารที่มีกากน้อย
วัตถุประสงค์ :

1. ไม่มีภาวะท้องผูก
2. จับถ่ายได้ตามปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. จำนวนวันไม่ถ่ายอุจจาระ
2. ท้องอืด คีง ปวดแน่นท้อง
3. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของการไม่ถ่ายอุจจาระ
2. สังเกตลักษณะปริมาณของอุจจาระ
3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ
4. ดูแลแนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากและผักผลไม้มากกว่าเดิม
5. ดูแลให้ได้ยาระบายตามแผนการรักษา
6. ดูแลช่วยสวนอุจจาระ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
2. ไม่ปวดแน่นท้อง
3. การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

6. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปวดฟัน

วัตถุประสงค์ : นอนหลับพักผ่อนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาการปวดฟัน
2. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ ลักษณะ ตำแหน่งที่ปวด
2. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวด เช่น วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณแก้ม
3. ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา
4. สังเกตและบันทึกการนอนหลับหลังให้ยาระงับปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าสดชื่น
2. นอนหลับพักผ่อนได้

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีก้อนที่คอ

วัตถุประสงค์ : ขอมริบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นว่า “อายเพื่อน”
2. มีก้อนที่บริเวณคอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกามผิดปกติที่เกิดขึ้น การรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าตาสดชื่น แจ่มใส
2. เข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นจากการปฏิบัติการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมข้อวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) และคาร์เพนนิโต (Carpenito, 1987) พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดขึ้น สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA และคาร์เพนนิโต ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดขึ้น	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA และคาร์เพนิตโต
1. (เสียง) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก (ระบุ)	1. Alterations in nutrition : Less than body requirements related to (specify)
2. (เสียง) ติดเชื้อในร่างกาย (ระบุ ระบบต่าง ๆ) เนื่องจาก (ระบุ)	2. Potential for infection related to (specify)
3. มีภาวะเสียดุลย์น้ำและอิเลคโตรลัยท์ (ระบุชนิด) เนื่องจาก (ระบุ)	3. Fluid and electrolyte imbalances
4. อ่อนเพลีย/ความสามารถในการทำ กิจกรรมลดลงเนื่องจาก (ระบุ)	4. Activity intolerance related to (specify)
5. (เสียง) เลือดออกง่าย (ระบุ ตำแหน่ง) เนื่องจาก (ระบุ)	5. Potential for bleeding related to (specify)
6. (เสียง) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจน ไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ)	6. Alteration in tissue perfusion related to (specify)
7. ไม่สุขสบาย : ปวด/คัน/ระบุงอาการ แสดง เนื่องจาก (ระบุ)	7. Altered comfort : pain/itching/specify symptom related to (specify)
8. (เสียง) ระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจาก (ระบุ)	8. Sensory perceptual alterations related to (specify)
9. วิตกกังวลเนื่องจาก (ระบุ)	9. Anxiety related to (specify)
10. ท้องผูกเนื่องจาก (ระบุ)	10. Constipation related to (specify)
11. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่อง จาก (ระบุ)	11. Sleep pattern disturbance related to (specify)
12. สูญเสียภาพลักษณ์	12. Body image disturbance

นอกจากนี้พบว่าพยาบาลบางท่านยังนำอาการที่ตรวจพบมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “มีผื่นคันบริเวณก้น” หรือ “ตาแดง ๆ ทั้ง 2 ข้าง” จะเห็นได้ว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับของ NANDA เนื่องจากการนำเอาอาการที่ตรวจพบมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่พยาบาลสามารถให้คำสั่งการรักษาได้ (วิพร เสนารักษ์, 2533) หรือการนำเอาคำสั่งการรักษาและการตรวจพบของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “เตรียมให้ chemo วันนี้” หรือ “มีน้ำที่ไต” ก็ไม่ได้สรุปถึงภาวะสุขภาพเช่นเดียวกันแต่เป็นเพียงการบ่งบอกถึงกิจกรรมของแพทย์ ซึ่งผู้วิจัย

เสนอว่า ควรพิจารณาว่ากิจกรรมของแพทย์นั้นไปมีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพใจของผู้ป่วย เช่น การให้เคมีรักษาของแพทย์อาจกระทบต่อแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการเตรียมตัวในการได้รับเคมีรักษา ก็อาจกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็น “ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการให้เคมีรักษา” หรือการให้เคมีรักษากระทบต่อแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียดโดยทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือไม่ซึ่งถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลในการให้เคมีรักษาก็อาจจะปรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็น “วิตกกังวลเนื่องจากไม่มีความรู้ในการรับเคมีรักษา” ซึ่งการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเช่นนี้ จะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยตรงและทำให้พยาบาลมีบทบาทอิสระในการให้การพยาบาลและเขียนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องรอลำสั่งการรักษาของแพทย์ อย่างไรก็ตามการนำพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบจากการรักษาของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นทางกลุ่มผู้ปฏิบัติการเห็นพ้องกันว่าอาจกระทำได้ในบางครั้งโดยเฉพาะในกรณีที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย และอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แต่ยังไม่มียผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพใจโดยตรง เช่น “อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก pancytopenia” หรือ “อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เคมีรักษา” ในกรณีเช่นนี้คาร์เพนนิโต (Carpenito, 1987) อธิบายว่าการนำพยาธิสภาพของโรคและการรักษาของแพทย์มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาจกระทำได้เนื่องจากพยาบาลจะเป็นผู้คอยดูแลเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกและเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที ซึ่งการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังกล่าวเป็นการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นปัญหาร่วม (Collaborative problem หรือ Clinical problem) แต่อย่างไรก็ตามถ้าหากพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบจากการรักษาของแพทย์มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง และมีข้อมูลที่ชัดเจนก็สามารถระบุปัญหาที่พบได้ เช่น อาจปรับเป็น “อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน: คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากการให้เคมีบำบัด” หรือ “อ่อนเพลีย/ทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีดจาก pancytopenia” ทั้งนี้การระบุตามข้อเสนอของกลุ่มผู้วิจัยดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ อันจะทำให้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลในบทบาทอิสระมากขึ้น

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แผนแผนสุขภาพ : การพัฒนาข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่สะควก กรอบคลุมตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ สร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเลือดชนิดต่าง ๆ ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2537 - เดือน มกราคม 2538 ตามวงจรการวิจัยวงจรที่ 1,2,3 และ 4 จำนวนผู้ป่วย 48 ราย ดังนี้

โรค	จำนวน (คน)
Non - Hodgkin's Lymphoma (NHL)	10
Lymphoma	7
Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)	6
Chronic Myelofibrosis Leukemia (CML)	5
Acute Myeloblastic Leukemia (AML)	4
Leukemia	3
Aplastic anemia	2
Pancytopenia	2
Multiple myeloma	2
Idiopathic Thrombocytopenia Purpura (ITP)	2
Myelodysplastic Syndrome (MDPS)	1
Myelofibrosis	1
Megaloblastic Anemia	1
Myelodysplastic Syndrome (MDS)	1
Hemophilia A	1

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยแต่ละรายเฉลี่ยรายละ 4 สัปดาห์ โดยสิ้นสุดการศึกษาเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำ ๆ โดยไม่มีข้อ

วินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติม การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1. ขั้นเตรียมการ โดยจัดสัมมนาเตรียมความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นแนวทางในการศึกษา และการมีตัวอย่างผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล ขั้นตอนที่ 2. ขั้นปฏิบัติการ ในขั้นนี้แบ่งการ ดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบแผนสุขภาพ และการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาล ศึกษาการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลจากเอกสารทางการแพทย์ บันทึกทางการแพทย์และผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการทำวิจัย

ระยะที่ 2 ประกอบด้วยวงจรการวิจัย 4 วงจร คือ

- วงจรที่ 1 การนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพฉบับที่ 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ทศ. 02-02/1 มาทดลองใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือด แล้วคณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาคิดแปลปรับปรุงเป็นแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1
- วงจรที่ 2 นำแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มาทดลองใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดอีกครั้งแล้วนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุง 2
- วงจรที่ 3 นำแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเลือดแล้วนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวางแผนในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและปรับปรุงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3
- วงจรที่ 4 นำแบบประเมินสภาพฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเลือด อีกครั้ง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเป็นครั้งสุดท้าย

โดยในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน เพื่อทดลองปฏิบัติใหม่จนได้ข้อวินิจฉัย

การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลในผู้ป่วยโรคเลือดต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตกลงใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพชนิคว่าถามปลายเปิดที่มีวงเล็บบอกรายละเอียดขอบเขตของการซักประวัติเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยโรคเลือดต่อท้ายแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน

2. ผู้ป่วยโรคเลือดมีความผิดปกติในแบบแผนหลัก 7 แบบแผนที่พบบ่อยเรียงลำดับดังนี้

- 2.1 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
- 2.2 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- 2.3 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้
- 2.4 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด
- 2.5 แบบแผนการขับถ่าย
- 2.6 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ
- 2.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง เป็นปัญหาในแบบแผนการเผาผลาญสารอาหารคิดเป็นร้อยละ 90.24 รองลงมาคือ แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 73.17, 40.78, 9.76, 4.85, 2.44 และ 2.44 ตามลำดับ

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบ สรุปได้ ดังนี้

- 4.1 (เสียง) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ)
- 4.2 (เสียง) ติดเชื้อในร่างกาย (ระบุระบบต่าง ๆ) เนื่องจาก (ระบุ)
- 4.3 มีภาวะเสียดุลย์น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ระบุชนิด) เนื่องจาก (ระบุ)
- 4.4 อ่อนเพลีย/ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก (ระบุ)
- 4.5 (เสียง) เลือดออกง่าย (ระบุตำแหน่ง) เนื่องจาก (ระบุ)
- 4.6 (เสียง) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ)
- 4.7 ไม่สุขสบาย ปวด/คัน/ระบุอาการแสดง เนื่องจาก (ระบุ)
- 4.8 (เสียง) ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวลดลงเนื่องจาก (ระบุ)
- 4.9 วิตกกังวลเนื่องจาก (ระบุ)

4.10 ท้องผูกเนื่องจาก (ระบุ)

4.11 นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจาก (ระบุ)

4.12 สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจาก (ระบุ)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแบบประเมินสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ
2. ควรสร้างแบบประเมินสภาพผู้ป่วยที่ใช้เฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อยไว้ตอนท้ายของในแต่ละแบบแผนสุขภาพเพื่อที่สามารถจะกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลได้ทันที
3. ควรนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยโรคเลือดที่สร้างขึ้นมานี้ไปทำการวิจัยต่อไปว่า แบบประเมินสภาพที่สร้างขึ้นมานี้สามารถประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วสะดวกกว่าแบบประเมินสภาพอื่น ๆ หรือไม่
4. ควรจัดทำคู่มือหรือดัชนีข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ประจำหอผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
5. ควรนำเอาข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปทำการวิจัยต่อไปว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหล่านี้สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้ดีหรือไม่

บรรณานุกรม

- ฟารีดา อิบราฮิม. (2527). การจัดระบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพ. ในสรุปผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวชกรรม. ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 4-8 มิถุนายน 2527. หน้า 37-96.
- วิพร เสนาร์ักษ์. (2533). การวินิจฉัยการพยาบาล ในสูติตรา เหลืองอมรเลิศ, สูติตรา ถิ่น อำนวยลาภ และวิพร เสนาร์ักษ์ (บก.), กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีและการนำไปใช้. (หน้า 47 - 68). ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2533). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา : อัลลายด์ เพรส.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. หจก. วีเจพรินติ้ง, กรุงเทพมหานคร.
- อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2533). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. บทความเสนอในการประชุมวิชาการในวาระครบรอบ 10 ปี การสถาปนาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 24 - 26 ต.ค. 2533, หน้า 1-11.
- อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (มกราคม - มิถุนายน, 2534). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย. 5(1-2), 3 - 10.
- Anderson, L.K. & Vincent, N. (1991, Oct) Orientation based on nursing diagnoses : old concepts in today's practice. AORN Journal. 54(4), 826-830.
- Burns, C. (1991, Jul-Sep). Development and content validity testing of a comprehensive classification of diagnoses for pediatric nurse practitioners. Nursing Diagnosis.2(3), 93-104.
- Burns, C. (1992, Mar - Apr.). A new assessment model and tool for pediatric nurse practitioners. Journal of Pediatric Health Care,6(2), 73-81.
- Burns, C.E. (1983). Development and field testing of a classification of diagnoses for use by pediatric nurse practitioners. Doctoral dissertation, University of Oregon, 371.
- Carpenito, L.J. (1983). Nursing Diagnosis : Application to clinical Practice, 3rd. ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

- Carpenito, L.J. (1987). *Handbook of Nursing Diagnosis*. 2nd.ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Calarco, M. M. & Krone, K.P. (1991, Sep). An integrated nursing model of depressive behavior in adults : theory and implications for practice. *Nursing Clinics of North America*. 26 (3) : 573 - 84.
- Chuaprapaisilp, A. (1988). Improving learning from experience through the conduct of pre - and post-clinical conference : action research in nursing education in Thailand. Unpublished Ph. D. thesis. The University of New South Wales.
- Decker, S.D. & Knight, L. (1990, Sep). Functional Health pattern assessment : a seasonal migrant farmworker community. *Journal of Community Health Nursing*. 7(3) : 141 - 51
- Feild, L. (1979, Mar). The implementation of nursing diagnosis in clinic practice. *Nursing Clinics of North America*. 14(3): 497-509.
- Geissler, E.M. (1991, Sep - Oct). Nursing diagnoses of culturally diverse patients. *International Nursing Review*. 38(5) : 150-152.
- Gordon, M. (1982). *Nursing diagnosis : process and application*. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Gordon, M. (1987). *Manual of Nursing Diagnosis 1986 - 1987*. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Hartmena, D. & Knudson, J. (1991, Jan -Feb). Documentation : a nursing data bass for initial patient assessment. *Oncology Nursing Forum*. 18(1). 125 - 30.
- Hirshfield, B.J. ; Dow, K.H. & Creaton, K. (1990, Mar - Apr). Decreasing documentation time using a patient self - assessment tool. *Oncology Nursing Forum*. 17(2) : 251 - 225.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. (3rd ed). Victoria: Deakin University Press.
- Kriegler, N.F. & Harton, M.K. (1992, Mar - Apr). Community health assessment tool : a patterns approach to data collection and diagnosis. *Journal of Community Health Nursing*. 9(4) : 229 - 34.
- Lancour, J. (1991, Jan - Mar). Nursing Diagnosis and the effectiveness initiative. *Nursing Diagnosis*. 2(1): 33 - 35.

- Melane, A.M. ; Lancour, J. & Gotch, P. (1986). *Nursing Diagnosis Utilization*. C.V. Mosby.
- Miaskowski, C. & Nielsen, B.A. (1985, Nov - Dec). Cancer nursing assessment tool. *Oncology Nursing Forum*. 12(6) : 37 - 42.
- North American Nursing Diagnosis Association. (1990). *Guidelines for Submission*. In North American Nursing Diagnosis Association, *Taxonomy 1 revised 1990* (pp. 114 - 119) St. Louis, MO : North American Nursing Diagnosis Association.
- Rengucci, L.M. (1992, Sep). Neonatal nursing assessment by functional health patterns. *Critical care Nursing Clinics of North American*. 4(3) : 471 - 80.
- Recker, D. & O'Brien, C. (1992, Feb). Using Gordon's functional health patterns to organize a critical care orientation program. *Focus on Critical care*. 19(1) : 21 - 2.
- Rossi, L. & Leary, E. (1992, Mar). Evaluating the patient with coronary artery disease. *Nursing Clinics of North America*. 27(1) : 171 - 88.
- Sedlak, C.A. (1991, Sep - Oct). Assessment of the surgical adult orthopaedic client with down syndrome. *Orthopaedic Nursing*. 10(5) : 27 - 36.
- Shoemaker, J.K. (1985, Aug). Characteristics of Nursing Diagnosis. *Occupational Health Nursing*. 33(8) : 387 - 389.
- Soares, O., & Hearn, C.A. (1987). *Classification of nursing diagnosis*. C.V. Mosby.
- Stauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park : SAGE Publication.
- Wandel, J.C. & Prince, M.R. (1991, Mar - Apr). Case report : the care of patients with behavioral problems. *Journal of Professional Nursing*. 7(2) : 126 - 35.
- Welch, D. ; Follo, J. & Nelson, E. (1982, Winter). The development of a specialized nursing assessment tool for cancer patients. *Oncology Nursing Forum*. 9(1) : 37-43.
- Woodtli, M.A. & Van, O.S. (1991, Oct - Dec). Nursing Diagnoses and functional health patterns in patients receiving external radiaterapy : cancer of the head and neck. *Nursing Diagnosis*. 2(4) : 171 -80.

ภาคผนวก ก.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
แบบฟอร์มการใช้กระบวนการพยาบาล ฉบับที่ 2
(ฉบับปรับปรุง)

ชื่อนักศึกษา รหัสประจำตัว หลักสูตร/ชั้นปี
 รายวิชา ภาคการศึกษา ปีการศึกษา อาจารย์นิเทศ

ชื่อผู้รับบริการ	เพศ	อายุ	ปี สถานภาพสมรส
เชื้อชาติ	สัญชาติ	ศาสนา	อาชีพ
ระดับการศึกษา	รายได้ครอบครัว/เดือน		
ที่อยู่		
โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	เตียงที่	
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล	การวินิจฉัยครั้งแรก		
วันที่ผ่านนัด/วันที่คลอด	การผ่าตัด/การคลอด		
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย		
รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่		

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและ/หรือการตั้งครรภ์ การคลอดในปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 การขับถ่าย

.....

.....

.....

.....

.....

3.4 การพักผ่อน นอนหลับ

.....

.....

.....

.....

.....

3.5 สติปัญญาและการรับรู้

.....

.....

.....

.....

.....

3.6 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

.....

.....

.....

.....

.....

3.7 บทบาทและสัมพันธภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.8 เทศและการเจริญพันธุ์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.9 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.10 คุณค่าและความเชื่อ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข.

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
แบบประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้รับบริการ นามสกุล เพศ

อายุ ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ที่อยู่

วันที่รับการศึกษา เวลา ครั้งที่

การวินิจฉัยครั้งแรก

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

.....

.....

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

.....

2.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

.....

.....

ส่วนที่ 9 การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

สัญญาณชีพแรกพบ

อุณหภูมิC ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต มม.ปรอท น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.

แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ไม่ทราบ ทราบ ระบุการ
ยาที่รับประทานเป็นประจำ ไม่มี มี ระบุ
การดูแลตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ไม่เข้ารับการรักษ
 รับการรักษา ระบุสถานที่
การสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ขนาด (ซอง/วัน) ระยะเวลา ปี
การดื่มเหล้า ไม่ดื่ม ดื่ม ขนาด (แก้ว/วัน) ระยะเวลา ปี
ภูมิแพ้ ไม่แพ้สารใด ๆ แพ้สาร ระบุสารที่แพ้

แบบแผนการรับประทานอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ชนิดอาหาร ปริมาณ เวลาอาหาร
ความอยากอาหาร ปกติ เพิ่มขึ้น ลดลง เนื่องจาก (ระบุ)
การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ไม่มี มี เพิ่ม กก. ลด กก. ในเวลา เดือน
ลักษณะสีผิว ปกติ ซีด เหลือง อื่น ๆ ระบุ
จุดเลือดออก ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
รอยฟกช้ำ ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
บวม ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
ผื่นคัน ไม่มี มี ลักษณะ ระบุตำแหน่ง
ท่อระบายจากผิวหนัง ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
ความสะอาดปากฟัน สะอาด มีฝ้าขาว มีแผล
 มีเลือดออกตามไรฟัน ระบุระยะเวลา
 อื่น ๆ
ดื่มน้ำ ปกติ โด ซม.
มีลม ปกติ โด ซม.
ต่อมน้ำเหลือง ปกติ โด กล่าวได้ก่อนบริเวณ คอ ขาหนีบ
 รักแร้ อื่น ๆ ระบุตำแหน่ง

แบบแผนการจับถ่าย

การถ่ายปัสสาวะ ปกติ ผิดปกติ ลักษณะและการแก้ไข

การจับถ่ายอุจจาระ ปกติ ผิดปกติ ลักษณะและการแก้ไข

แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความสามารถในการดูแลตนเอง

0=ทำได้ด้วยตนเอง 1=คนอื่นช่วยบ้าง 2=ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ความสามารถในการดูแลตนเอง	0	1	2
การกิน/ดื่ม			
การอาบน้ำ			
การแต่งตัว			
การเคลื่อนไหวบนเตียง			
การเคลื่อนไหวทั่วไป			
การดูแลรักษาบ้าน			

เหนื่อยหรือหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรมนี้หรือไม่ เหนื่อย ไม่เหนื่อย

การเล่นและ/หรือออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ ทำได้ปกติ ผิดปกติ

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่ปวด ปวด ระบุอาการและตำแหน่ง

ปวดกระดูก ไม่ปวด ปวด ระบุอาการและตำแหน่ง

แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

การนอนหลับ ปกติ ผิดปกติ ระบุปัญหาและการแก้ไข

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ ผิดปกติ ระบุลักษณะ

การมองเห็น ปกติ ผิดปกติ ระบุลักษณะ

ความเจ็บปวดและ/หรือการชา ไม่มี มี ระบุอาการ

แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในขณะที่เจ็บป่วย ไม่มี มี ระบุ

ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาของตนเอง ไม่มี มี ระบุอาการ

แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

อาชีพ รายได้ของครอบครัว/เดือน บาท

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อครอบครัว

หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

การเจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปหรือไม่

ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน ระบุ

แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

สิ่งที่กังวลและ/หรือเครียดในขณะที่เจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาล การทำงาน

การเรียน อื่น ๆ

ภาคผนวก ค.

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
แบบแผนประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)
สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้รับบริการ นามสกุล เพศ
อายุ ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ที่อยู่
วันที่เข้ารับการรักษาก่อน ครั้งที่ HN
การวินิจฉัยครั้งแรก
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

- 2.1 อาการสำคัญที่มารักษาโรงพยาบาล
- 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
- 2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
- 2.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ส่วนที่ 3 การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

สัญญาณชีพแรกรับ

อุณหภูมิ C ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต มม.ปรอท นน. กก.
ส่วนสูง ซม.

แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ไม่ทราบ ทราบ ระบุ

ยาที่รับประทานเป็นประจำ ไม่มี มี ระบุ

การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่มี มี ระบุ

ทำอย่างไรบ้าง

การสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ขนาด (ซอง/วัน) ระยะเวลา

การดื่มเหล้า ไม่ดื่ม ดื่ม ขนาด (แก้ว/วัน) ระยะเวลา

ภูมิแพ้ ไม่แพ้สารใด ๆ แพ้สาร ระบุสารที่แพ้

แบบแผนการรับประทานอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ชนิดอาหาร ปริมาณ เวลาอาหาร

ความอยากอาหาร ปกติ เพิ่มขึ้น ลดลง เนื่องจาก (ระบุ)

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ไม่มี มี เพิ่ม กก. ลด กก. ในระยะเวลา เดือน

ลักษณะสีผิว ปกติ ซีด เหลือง อื่น ๆ ระบุ

จุดเลือดออก ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

รอยฟกช้ำ ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

บวม ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

ผื่นคัน ไม่มี มี ลักษณะ ระบุตำแหน่ง

ท่อระบายจากผิวหนัง ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

ความสะอาดปากฟัน สะอาด มีฝ้าขาว มีแผล

มีเลือดออกตามไรฟัน ระบุระยะเวลา

อื่น ๆ

ตับ ปกติ โต ซม.

ม้าม ปกติ โต ซม.

ต่อมน้ำเหลือง ปกติ โต คล้ายได้ก้อนบริเวณ กอ

ขาหนีบ รักแร้ อื่น ๆ ระบุตำแหน่ง

แบบแผนการขับถ่าย

การขับถ่ายปัสสาวะ ปกติ ผิดปกติ ลักษณะและการแก้ไข

การขับถ่ายอุจจาระ ปกติ ผิดปกติ ลักษณะและการแก้ไข

แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความสามารถในการดูแลตนเอง

0=ทำได้ด้วยตนเอง 1=คนอื่นช่วยบ้าง 2=ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ความสามารถในการดูแลตนเอง	0	1	2
การกิน/ดื่ม			
การอาบน้ำ			
การแต่งตัว			
การเคลื่อนไหวนั่ง			
การเคลื่อนไหวทั่วไป			
การดูแลรักษาบ้าน			

เหนื่อยหรือหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรมนี้หรือไม่ เหนื่อย ไม่เหนื่อย

การเล่นและ/หรือออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ ทำได้ปกติ ผิดปกติ

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่ปวด ปวด ระบุอาการและตำแหน่ง

ปวดกระดูก ไม่ปวด ปวด ระบุอาการและตำแหน่ง

แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

การนอนหลับ ปกติ ผิดปกติ ระบุปัญหาและการแก้ไข

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ ผิดปกติ ระบุลักษณะ

การมองเห็น ปกติ ผิดปกติ ระบุลักษณะ

ความเจ็บปวดและ/อาการชา ไม่มี มี ระบุอาการ

แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในขณะเจ็บป่วย ไม่มี มี ระบุ

การยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา ไม่มี มี ระบุ

แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

อาชีพ รายได้ของครอบครัว/เดือน

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อครอบครัว ไม่มี มี ระบุ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

การเจ็บป่วยในครั้งนี้นำให้บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปหรือไม่ ไม่เปลี่ยน

เปลี่ยน ระบุ

สัมพันธภาพระหว่างท่านกับครอบครัว ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

ระบุ.....

แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

การเจ็บป่วยในครั้งนี้นำให้สัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรสเปลี่ยนไปหรือไม่

ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน ระบุ

แบบแผนการปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

สิ่งที่กังวลและ/หรือเครียดในขณะที่เจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาล การทำงาน

การเรียน อื่น ๆ ระบุ

วิธีการแก้ไขเมื่อมีความเครียด

ความช่วยเหลือที่ต้องการ ไม่ต้องการ ต้องการ ระบุ

แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

สิ่งที่มีคุณค่าและสำคัญที่สุดในชีวิตของท่าน

สิ่งที่ยึดเหนี่ยวในขณะที่เจ็บป่วย

ภาคผนวก ง.

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
แบบประเมินสภาพผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเลือด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุลผู้รับบริการ HN อายุ

ระดับการศึกษา วันที่เข้ารับการรักษา

ครั้งที่ การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

.....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

.....

.....

2.4 อาการแรกเริ่ม

.....

.....

ส่วนที่ 3 การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ C ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที BP มม.ปรอท

แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ยาที่ทานประจำ การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยครั้งนี้ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การแพ้ยา และสารเคมี)

แบบแผนการรับประทานอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (ชนิดอาหาร ปริมาณ ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ลักษณะสีผิว จุดเลือดออก รอยฟกช้ำ บวม คัน ความสะดวกปาก ฟัน ตับ ม้าม ต่อม้ำเหลือง)

แบบแผนการจับถ่าย

แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว)

แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล การมองเห็น ความเจ็บปวด อารมณ์)

แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ขณะเจ็บป่วย การยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา)

แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (สิ่งที่กังวลและเกรียติขงจะ
เจ็บป่วย วิธีการแก้ไข ความช่วยเหลือที่ต้องการ)

.....

.....

.....

แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ (สิ่งที่มีค่าและสำคัญที่สุดในชีวิต สิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะ
เจ็บป่วย)

.....

.....

สรุปแบบแผนสุขภาพที่เบียงเบน

.....

.....

.....

.....